Nr. 16. 17. kwietnia 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Marjan GIESZCZYKIEWICZ. Kraków.
Walerjan TERAJEWICZ.

Badania serologiczne przy wiewiórze.

Z 5-go Szpitala Okręgowego (Komendant Płk. lek. Dr. J. Krysakowski) i z Instytutu Weterynarji i Med. Dośw. U. J. (Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak).

Badanie serologiczne krwi chorych na wiewiór zostało zastosowane w celach rozpoznawczych dość wcześnie. Do pierwszych autorów, którzy badania takie przeprowadzali, należą Müller z Oppenheimem (1) i Bruck (2). Autorowie ci posługiwali się przedewszystkiem odczynem wiązania dopełniacza. Bruck poszukiwał również w surowicy chorych aglutynin i precypityn, jednakże z wynikiem ujemnym.

Autorowie, którzy następnie sorologją wiewióra się zajmowali, Schwartz i Mac Neil (3), Bruhns (4), Colmer i Brown (5) Thomas i Ivy (6), ci sami i Birdshell (7), Irons i Nicoli (8), Smith i Wilson (9), Osmond (10), Montpellier i Lacroix (11), Martland (12), Savnik i Prochazka (13), Wilson, Forbes i Schwartz (14), Tulloch (15), Rubinstein i Gauran (16) posługiwali się wyłącznie odczynem wiązania dopełniacza, Finkelstein i Gerschun (17) zaś uwzględniali również odczyn zlepny z wynikami jednakże przeważnie ujemnemi, natomiast Fey (18) znajdywał często odczyn zlepny dodatni, co więcej w przeciwstawieniu do ogółu autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, uważa aglutynację za odczyn bardziej swoisty niż wiązanie dopełniacza.

Wszyscy wymienieni autorowie przywiązują duże znaczenie do odczynów serologicznych przy wiewiórze i uważają je za swoiste, stanowisko sceptyczne zajmują natomiast Uhle i Mac Kinney (19), którzy jednak sami badań nie przeprowadzali, lecz wysyłali próbki krwi z przypadków wiewióra oraz innych spraw chorobowych równocześnie do 4-ch różnych pracowni i otrzymywali w 60% przypadków wyniki niezgodne. Na tej podstawie autorowie ci odmawiają odczynom serologicznym przy wiewiórze praktycznego znaczenia.

W Polsce odczynem wiązania dopełniacza przy wiewiórze zajmował się prof. J. T. Lenartowicz (20), który znajdywał wyniki dodatnie przy powikłaniach wiewióra (*adnexitis* 83.3%, *arthritis* 80%, *epididymitis* 52.2%, *bartholinitis* 25%), natomiast w przypadkach niepowikłanych lub z powikłaniami takiemi jak *abscessus paraurethralis, bubo gonorrhoicus,* odczyn ten wypadał stale ujemnie.

Wobec dużej rozbieżności techniki, a pewnej rozbieżności wyników tego rodzaju badań, uważaliśmy za wskazane podjąć badania własne celem wyjaśnienia, czy odczyny serologiczne przy wiewiórze posiadają istotnie takie znaczenie rozpoznawcze, jakie im niektórzy autorowie przypisują, oraz jaki odczyn i jaka technika jego przeprowadzenia daje wyniki najkorzystniejsze. Temat ten także z tego względu zasługiwał na opracowanie, że jak wiadomo, odczyn ten znalazł stosunkowo bardzo ograniczone rozpowszechnienie w praktyce, mimo że już 20 lat upłynęło od pierwszych prób w tym kierunku. Należało więc wyjaśnić przyczynę tego zjawiska.

Śladem naszych poprzedników uwzględniliśmy przedewszystkiem odczyn wiązania dopełniacza, stosując technikę przyjętą przez nas przy wykonywaniu odczynu Wassermanna. Używaliśmy więc dwuchwytnika hemolitycznego w ilości 2 jednostek hemolitycznych, dopełniacza 1½ jednostki, krwinek baranich w zawiesinie 5%. Odczyn przeprowadzaliśmy w całkowitej objętości 1 cm^3 biorąc po 0.2 cm^3 wszystkich odczynników uprzednio zależnie od wyników mianowania odpowiednio rozcieńczonych. Surowice badane rozcieńczaliśmy 5-krotnie. Zarówno wiązanie dopełniacza jak hemolizę przeprowadzaliśmy w ciepłocie 37° C. z nielicznemi wyjątkami, o których będzie mowa poniżej.

Czynnikiem któremu poświęciliśmy najwięcej uwagi był wywoływacz czyli antygen swoisty. Używaliśmy najrozmaitszych antygenów starając się rozstrzygnąć, który z nich jest najczulszym i najbardziej swoistym. Autorowie zacytowani powyżej używali rozmaitych antygenów, więc Müller i Oppenheim (1) używali zawiesiny ziarniaków wiewiórowych[1]) z 48-mio godzinnej hodowli dobrze wymieszanej i odwirowanej. Bruck (2) używał wyciągów wodnych z hodowli wiewiórowców, inni autorowie używali przeważnie zawiesin zabitych, względnie utrwalonych najczęściej fenolem. Często również używano jako antygenu szczepionek, stosowanych przy leczeniu wiewióra, a dostarczanych przez rozmaite firmy. Torrey i Buckell (21) sporządzali swój wywoływacz w następujący sposób: hodowali ziarniaki Neissera na pożywce Huntoona, zmywali wyrosłą hodowlę alkoholem 50% i trzymali ją w nim na łaźni wodnej w ciepłocie 37° C., oddzielali zawiesinę od alkoholu przez wirowanie i zawieszali ją znowu w alkoholu 95%. Po pół godzini przy 37° C. wirowali, osad zawieszali w eterze, wirowali jeszcze raz i osad suszyli w lodowni. Otrzymany w ten sposób suchy proszek, rozmącali w rozczynie fizjologicznym, niekiedy ogrzewali przez godzinę na 80° C. Również Smith i Wilson (9) przemywali hodowlę alkoholem i eterem. Thomas i Ivy (6) sporządzali wywoływacz wytrząsając przez godzinę hodowlę 6-ściu szczepów, zawieszoną w wodzie destylowanej, ogrzewali następnie przez ½ godziny na 60° C. i rozcieńczali rozczynem fizjologicznym.

Nicolle, Jouan i Debains (22) używali do sporządzania antygenu metody Porges'a: do zawiesiny 0.01 gr. hodowli wiewiórowca w 20 cm^3 rozczynu fizjologicznego, dodawali 0.1 cm^3 kwasu solnego normalnego, zanurzali na 5 minut do wody wrzącej, potem oziębiali pod wodociągiem i zobojętniali zapomocą 0.1 cm^3 $NaOH$ normalnego.

Altmann i Schultz (23) zalecali do odczynu wiązania dopełniacza wyciągi antyforminowe, które stosował przy wiewiórze Fey (18), jednakże nie był z nich zbytnio zadowolony. Rubinstein i Gauran (16) używali porównawczo kilku antygenów (zawiesina bakteryjna, autolizat, przesącz przez świece Chamberlanda, wyciągi alkoholowe i acetonowo-alkoholowe), najlepsze wyniki dawała zawiesina świeżych hodowli w rozczynie fizjologicznym ogrzewana przez 1 godzinę na 60° C., przechowywana 4—6 tygodni w zalutowanych ampułkach.

Co do innych składników zaznaczyć należy, że niemal wszyscy autorowie używali surowicy unieczynnionej, a po zatem posługiwali się techniką przyjętą przez każdego z nich przy próbie Wassermanna. Jedynie Rubinstein i Gauran (16) używali także surowic nieogrzewanych, uważają jednakże wyniki z surowicą unieczynnioną za więcej swoiste, i więcej czułe.

My w naszych badaniach, uwzględniliśmy porównawczo najrozmaitcze wywoływacze, chcąc rozstrzygnąć pytanie, który z nich najlepiej się nadaje do wykonania odczynu. Używaliśmy zatem 1) świeżych zawiesin hodowli wiewiórowca z agaru surowiczego, zawieszonych w rozczynie fizjologicznym, jedno, lub wielo wartościowych. 2) tych samych, ale zabitych przez dodatek 0,5% fenolu, 3) wyciągów wodnych sporządzonych według metody Thomasa i Ivy'ego, 4) zawiesin zakwaszonych metodą Porges'a, przy użyciu bądź kwasu solnego, bądź octowego, ogrzewanych w odczynie kwaśnym, a potem zobojętnionych, 5) hodowli, przemytych alkoholem i eterem według Torrey'a i Buckell'a, oraz 6) wyciąg antyformalinowy według Altmanna i Schultza. Używaliśmy też niekiedy szczepionek z różnych firm, a mianowicie: „Gonargin" (Meister, Lucius et Brüning) „Arthigon" (Schering) i „Neo-Dmegon" (Spiess).

Każdy z tych antygenów mianowano dokładnie przed badaniem, używając do odczynu połowę dawki każdego z nich, która sama nie wiązała zupełnie dopełniacza.

---

[1]) Co do mianownictwa zarazków, o których mowa, wiele nazw jest w użyciu, są to bądź nazwy dwuwyrazowe odpowiadające ogólnym zasadom mianownictwa w naukach przyrodniczych, to znaczy takie, których pierwsza część określa rodzaj, a druga gatunek, bądź to nazwy potoczne jednowyrazowe. Z pierwszych najodpowiedniejszą jest nazwa *micrococcus gonorrhoeae,* którą proponuję przetłumaczyć na polskie przez „ziarniak wiewiórowy" (Neissera). Jako nazwa potoczna przyjęła się ogólnie nazwa *gonococcus,* którą proponuję spolszczyć na „wiewiórowiec". Tych też nazw będziemy się tu trzymać. Nazwy dwoinka wiewiórowa *(diplococcus gororrhoeae)* nie można uznać za odpowiednią, gdyż wprowadza zamęt w systematykę bakteryj. Obszerniej o tem pisze jeden z nas na innem miejscu.

Antygen antyforminowy użyty w 27 przypadkach, okazał się bardzo słabym, znacznie słabszym niż inne. Wywoływacz sporządzony metodą Porges'a użyty był w 41 przypadkach z wynikiem dobrym. Antygen alkoholowo-eterowy według Torrey'a i Buckell'a był użyty do zbadania 17 surowic z wynikiem dobrym. Antygen wytrząsany według Thomas'a i Ivy'ego był użyty 114 razy z dobremi wynikami.

Zawiesiny zabite karbolem, okazały się też dobrym wywoływaczem(z szczepionek najsilniejsze odczyny wykazywała „Gonargina", „Arthigon" i „Neo-Dmegon" okazały się nieco słabszemi wywoływaczami. Najlepsze jednak wyniki wykazywały świeże hodowle ziarniaków wiewiórowych, zawieszone w rozczynie fizjologicznym, zastosowane 248 razy. Zawiesiny takie posiadały stosunkowo bardzo słabe własności antikomplementarne, można ich było zatem używać w dość dużych dawkach. Nie wszystkie szczepy w równej mierze nadawały się do sporządzania antygenów, staraliśmy się więc ze zbioru kilkunastu szczepów wybierać takie, które najlepiej do odczynu się nadawały.

Dla orjentacji podajemy tablicę, w której zebrane są wyniki badania kilkunastu szczepów przy pomocy kilku surowic dodatnich.

Tablica I [2]).

Surowica chorego (ej)	Jako antygeny pojedyncze szczepy wiewiórowców: Leyb.	Mag.	Sat.	Maj.	Sk.	Bok.	Don.	Nys	Ser.	Szczur
Jast	1	1	2	2	3	3	1	4	1	3
Szw.	3	2	2	2	3	2	1	4	2	3
Szczep. . . .	1	0	0	2	3	2	3	4	0	2
Żb.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Kontrole antygenów i surowic wykazywały zupełną hemolizę.

Hodowli świeżych używano dawniej do wiązania dopełniacza stosunkowo rzadko, głównie dla trudności, jakie wyłaniają się z powodu przechowywania tych ziarniaków. Opracowanie właściwej metody konserwacji wiewiórowców (hodowla na buljonie cukrowosurowiczym zawierającym 2‰ cukru gronowego i 25—30% płynu surowiczego ludzkiego, pokrytym płynną parafiną) umożliwiło nam łatwe pokonanie tych trudności.

Dla orjentacji podajemy w tablicy II-giej porównawcze zestawienie wiązania dopełniacza z kilku różnemi antygenami:

Tablica II.

Sur. chorego (ej)	I	II	III	Sur. chor	I	II	III
Stanisława N.	4	4	3	Piet.	0	0	1
Józefa S.	2	2	2	Mich.	2	2	2
M. K.	1	2	2	Skow.	0	0	0
Jadwiga C. . .	3	3	3	Piątk.	0	0	0
Stanisława W. .	2	2	3	Wyb.	0	0	0
Antonina Kw. .	3	4	4	Jan C.	0	1	1
Antonina Kos. .	1	2	2	Juljan D. . . .	0	0	1
Michalina B. . .	3	4	4	Ludwik M. . .	0	0	1
Helena K. . . .	3	3	3	Antoni B. . . .	0	0	1
Tr.	2	1	2	Stanisław Z. . .	0	0	0

Antygeny:
I. — świeża zawiesina wiewiórowców w 0,9% NaCl.
II. — fenolowy.
III. — wytrzasany.

Surowicę używaliśmy do odczynu bądź w stanie nieczynnym, bądź też w stanie czynnym. Na ogół odczyn wypadał silniej z surowicą czynną, dla ilustracji przytaczamy:

Tablica III.

Surowica chorej	Czynna I	II	III	Unieczynniona I	II	III
Hr.	0	0	0	0	0	0
Marja G.	4	4	3	4	4	3
Józefa K.	4	4	3	3	4	0
Rózia W.	4	4	4	3	3	3
Bronisława G.	4	4	1	4	2	1
Marja G.	3	3	2	1	0	0
Zofja P.	3	3	2	3	2	1

[2]) Przez O oznaczamy hemolizę zupełną, 1 — hemolizę częściową, 2 — znaczne zahamowanie hemolizy, 3 — prawie zupełne zahamowanie hem., 4 — zupełne zahamowanie hemolizy.

Antygeny:
I. — świeża zawiesina wiewiórowców w rozcz. fizjol.
II. — zawiesina zabita fenolem.
III. — antygen Porges'a.

Próbowaliśmy również w kilku wypadkach przeprowadzić odczyn wiązania równolegle w lodowni i w cieplarce. Wyniki przedstawia:

Tablica IV.

Pacjent Rozp. klinicz.	Wiązanie w lodowni 1 g. Sur. czynna Ant. I	II	III	IV	Sur. uniecz. I	II	III	IV	Wiązanie w ciepl. 45 min. Sur. czynna I	II	III	IV	Sur. uniecz. I	II	III	IV
S. B. Salping. et ooph. .	4	4	4	4	0	0	0	0	4	4	4	4	0	4	0	1
Mor. Salpingitis . .	3	4	1	2	0	2	0	0	4	4	3	3	1	4	0	0
H. St. Publica	4	4	0	1	1	2	0	0	4	4	3	3	4	4	0	1
Kop. Salpingitis . .	4	4	2	3	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4
A. K. „ „	4	4	1	1					4	4	4	4				
M. B. Gonorh. chron. .	4	4	3	4					4	4	4	4				
Gr. Lu + gon ?	0	0	0	0					1	2	0	0	0	1	0	0
Bart. Lu — gon. negatur .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Antygeny:
I. — zawiesina świeża.
II. — zawiesina zabita fenolem.
III. — autolizat.
IV. — „Gonargin".

Tablica wykazuje znacznie korzystniejszy przebieg wiązania w cieplarce niż w lodowni.

Szukając analogji z odczynem Wassermanna, gdzie okazało się, że odczyn wykonany z surowicą czynną jest wprawdzie bardziej czułym, ale mniej swoistym, zwróciliśmy uwagę na możliwość odczynów nieswoistych i badaliśmy szereg surowic kontrolnych z przypadków, gdzie wiewióra klinicznie, ani anamnestycznie nie można było stwierdzić.

Z dobraniem odpowiedniej ilości surowic kontrolnych mieliśmy jednak pewne trudności; wśród 47 badanych osób bez rozpoznania *gonorrhoea* było zaledwie 17 zupełnie pewnych. W tem kilkoro dzieci oraz osoby dorosłe, na których wywiadach można było bezwzględnie polegać. Pozatem w grupie badań kontrolnych mieszczą się surowice osób, których wywiady były ujemne i u których pobieżne badanie kliniczne nie wykazywało żadnych objawów wiewióra. Wśród tych pierwszych 17 nigdy nie obserwowaliśmy ani przy użyciu surowicy nieczynnej ani czynnej zupełnego zahamowania hemolizy (4) ani nawet daleko posuniętego zahamowania (3 lub 2), 13 razy wynik był zupełnie ujemny (hemoliza zupełna), 4 razy wątpliwy (hemoliza daleko posunięta 1). Stąd wniosek, że tylko odczyn wyraźnie dodatni jest pewny, hemolizę niezupełna lecz daleko posuniętą (w naszych tablicach znak 1) należy uznać za wynik ujemny. Wśród tych drugich 30 surowic były 3 wyniki dodatnie (2-ch mężczyzn i 1 kobieta) nie mieliśmy niestety możności zbadania ich dokładniejszego, gdyż po wykonaniu odchylenia już się do nas nie zgłosili i nie możemy rozstrzygnąć, czy odczyn dodatni w tych 3-ch przypadkach był pozostałością po przebytym w niedawnym czasie wiewiórze, względnie oznaką obecności utajonego ogniska chorobowego, czy też odczyn był nieswoisty.

Wyniki nasze ilustruje ogólnie następująca tablica:

Tablica V.

Rozpoznanie	Ogólna ilość	Wyniki dodat.	Wyniki ujemne	% dodatnich
Wiewiór ostry	10	1	9	10%
Wiewiór chroniczny	8	6	2	75%
Zapalenie na-jądrza	15	5	10	33.3%
„ gruczołu krokowego .	1	—	1	
„ przydatków	27	11	16	40.7%
„ stawów	3	2	1	
Wiewiór wyleczony	2	1	1	
Kontrolne	47	3	44	6.4%
Prostytutki bez rozpoznania klinicznego	106	47	59	44.3%

Oprócz przypadków zebranych w powyższej tablicy badaliśmy jeszcze 64 surowic, których tutaj jednakże wyzyskać nie możemy ze względu na brak rozpoznania klinicznego, względnie wywiadów.

W wiewiórze ostrym odczyn wiązania dopełniacza wypada tylko wyjątkowo dodatnio, często natomiast w wiewiórze przewlekłym. Przy powikłaniach wiewióra spotykamy się dość często z odczynami dodatniemi, przyczem częstość ich występowania zależy w dużej mierze od czasu trwania choroby. W kilku przypadkach mieliśmy sposobność obserwować, jak odczyn ujemny w pierwszych tygodniach pojawienia się powikłania (jak n. p. *arthritis gonococcica*), po miesiącu stawał się wybitnie dodatnim.

Większa część naszego materjału klinicznego przypada na wiewiór kobiet, głównie na prostytutki Krakowa oraz miast pobliskich, które jak widać z powyższej tablicy, wykazują blisko w połowie przypadków odczyny dodatnie.

Próbowaliśmy również w kilku wypadkach odczynu zlepnego, jednakże aglutynacja występowała rzadziej niż odczyn wiązania dopełniacza i tylko w bardzo niskiem mianie, tak że dalszych prób w tym kierunku rychło zaniechaliśmy.

Odczyn wiązania dopełniacza ma ograniczone znaczenie praktyczne przy wiewiórze narządu moczo-płciowego męskiego, gdyż w ostrych przypadkach jest ujemny, a także w większości powikłań, o ile badania przeprowadza się wkrótce po wystąpieniu takiego powikłania, jest również ujemny, natomiast badanie kliniczne oraz bakterjologiczne wydzielin chorego zwykle znacznie szybciej i prościej ustala rozpoznanie, niż badanie serologiczne. Co innego jest z wiewiórem u kobiet, który niejednokrotnie od początku przyjmuje postać podostrą lub przewlekłą i niejednokrotnie tylko z wielką trudnością, daje się odróżnić od innych schorzeń narządu rodnego kobiecego. Badania bakterjologiczne są tu również dość trudne do wykonania i trudniejsze może od takich samych badań u mężczyzn, gdyż w toku schorzeń wiewiórowych u mężczyzny zwykle ziarniaki wiewiórowe Neissera występują niemal że w czystej hodowli, a inne bakterje przeważnie zanikają, podczas gdy w wydzielinach narządu rodnego kobiecego występują zarazki te często obok wielkiej ilości innych bakteryj. W takich właśnie przewlekłych przypadkach wiewióra u kobiet odczyn wiązania dopełniacza jest w dużym odsetku dodatnim. Niejednokrotnie są zmiany wiewiórowe u kobiet zupełnie niedostępne dla badania bakterjologicznego (n. p. *salpingitis gonorrhoica)*, w tych wypadkach jedynie badanie serologiczne może nam dać pewną podstawę do rozpoznania wiewiórowego tła schorzenia.

Również w powikłaniach dotyczących narządów nie pozostających w związku z narządem moczo-płciowym n. p. w zapaleniu stawów na tle wiewiórowem może nam odczyn wiązania dopełniacza oddać duże usługi rozpoznawcze.

Rubinstein i Gauran uważają odczyn dodatni za dowód istnienia swoistego ogniska chorobowego i twierdzą, że odczyn najpóźniej w 6 tygodni po wyleczeniu staje się ujemnym. Niestety nie mogliśmy ze względu na dość luźny kontakt bezpośredni z naszym materjałem klinicznym potwierdzić tego spostrzeżenia.

Co do techniki odczynu podkreślić musimy wysoką wartość świeżych zawiesin ziarniaków wiewiórowych jako wywoływaczy oraz pewne nie zbyt zresztą znaczne zwiększenie czułości odczynu przez użycie surowic czynnych (nieogrzewanych).

Niech nam będzie wolno w końcu podziękować Kolegom, którzy dostarczyli nam materjału, więc Drom Bobakowi i Boczarowi, st. ordynatorom 5. Szpit. Okręg., drowi Eisenbergowi, kier. krakow. Filji Państw. Zakładu Higj., Drowi Pileckiemu, kier. krak. Inspek. San. Obycz., oraz prof. Walterowi dyr. klin. dermat. U. J.

Piśmiennictwo:

1) Müller i Oppenheim: Wien. Klin. Wochenschr. 1906. Nr. 29. S. 894. — 2) Bruck: Deutsche med. Wochenschr. 1906. Nr. 34. S. 1368. — 3) Schwartz i Mac. Neil: Americ. Journ. of the med. Sciences. Vol. 141. 1911. Nr. 5. p. 693 cyt. według refer. w Zeitschr. f. Immunitätsforschung Ref. 1911. p. 412. — 4) Bruhns: Berl. klin. Wochenschr. 1914. S. 69. cyt. według ref. w Bull. Past. 1914 p. 629. — 5) Colmer i Brown: Journ. of inf. Dis. V. 15. 1914. p. 6. cyt. według w ref. w Bull. Past. 1914. p. 793 i Cbl. f. Bakt. Ref. 64. 1916. p. 100. — 6) Thomas i Ivy: Arch. of internat. Med. V. 13. 1915. p. 143. w ref. Cbl. f. Bakt. Ref. Bd. 65. 1917. p. 373. — 7) Thomas, Ivy i Birdshell tamże. — 8) Irons i Nicoll: Journ. of inf. Dis. V. 16. 1915. p. 303. cyt. według Cbl. f. Bakt. Ref. T. 64. — 9) Smith i Wilson: J. of Immunology 1920. V. 5. p. 499. Ref. Cbl. f. Bakt. Ref. 72. 1921. p. 102. — 10) Osmond: Lancet T. 202. p. 1143. cytow. według ref. w Bull. Past. 1922. p. 675. — 11) Montpellier i Lacroix: Annal. des med. vén. T. 16. Nr. 12. 1921. p. 725. Ref. Zbl. f. Haut. u. Geschlechtskr. IV. 1922. p. 391. — 12) Martland: Brit. Journ. of exp. Path. T. IV. p. 235 według Ref. Bull. Past. 1923. p. 866. — 13) Šavnik i Procházka: Act. derm. vener. V. IV. f. 2. 1923. — 14) Wilson, Forbes i Schwartz: J. of Immunology. V. 8. 1923. p. 105. — 15) Tulloch: The Brit. J. Vener. Dis. V. I. Nr. 1. 1925. — 16) Rubinstein i Gauran: C. r. Soc. de Biol. T. 89. p. 893. — 17) Finkelstein i Gerschun: Berl. Wochenschr. 1913. S. 1817. p. 628 Bull. P. 1914. — 18) Fey: Zeitschr. f. Immun. Bd. 33. 1921. p. 178. — 19) Uhle i Mac. Kinney: New. York. med. Journ. V. 52. 1915. Ref. Cbl. f. Bakt. Ref. 65. 1917. p. 372. — 20) Lenartowicz: Tyg. Lekarski 1912. — 21) Torrey i Buckell: J. of. Immunology 1922. T. VII. p. 305. — 22) Nicolle i Jouan et Debains: C. r. Soc. de Biologie T. 81. 1919. p. 839. — 23) Altman i Schultz: Zeitschr. f. Immun. 1909. Or. T. III. S. 98.

A. LANDAU i J. HELD. Warszawa.

Uwagi o podziale, przebiegu i leczeniu zgorzeli płucnej.

(Z I-go Oddziału wewn. szpitala Wolskiego. Ordynator Dr. A. Landau).

Zgorzel płuc jest schorzeniem względnie niezbyt częstem. Materjał, zebrany na naszym oddziale szpitalnym w przeciągu niespełna 5-u lat wynosi ogółem 24 przypadki tej choroby. Ta dość znaczna liczba spostrzeżeń pozwala nam rzucić odrębne światło na pewne szczegóły obrazu chorobowego zgorzeli płucnej, a oprócz tego zostaliśmy zmuszeni do stworzenia nowego podziału tej choroby, bardziej odpowiadającego potrzebom klinicznym i posiadającego, jak niżej zobaczymy, doniosłe znaczenie z punktu widzenia leczniczego.

Etjologja zgorzeli płucnej jest bardzo różnorodna. Wbrew opinji niektórych autorów francuskich (Roger'a i jego uczniów Weil'a i Garnier'a), którzy twierdzą, iż zgorzel płucną mogą wywołać tlenowce, przytłaczająca większość autorów francuskich oraz autorzy niemieccy i amerykańscy stoją obecnie na tem stanowisku, iż, w odróżnieniu od ropnia płucnego, który swe powstanie zawdzięcza florze tlenowej (paciorkowce i inne), przeistoczenie zgorzelinowe tkanki płucnej możliwe jest tylko przy udziale beztlenowców. Wchodzą tu w grę wszystkie beztlenowce górnych dróg oddechowych, jak krętki wraz z pałeczkami wrzecionowatemi, paciorkowce beztlenowe; *b. fragilis, b. fundibuliformis, b. serpens, ramosus*, beztlenowce grupy *butyricus* oraz pałeczka obrzęku złośliwego. Słowem, brak jest swoistego dla zgorzeli płuc drobnoustroju; każdy z beztlenowców sam lub w połączeniu z innemi, może spowodować zgorzel płuc, o ile, oczywiście, złożą się na to odpowiednie warunki. Za warunek niezbędny zgorzeli płuc Erbrich uważa całkowitą ew. częściową niedrożność oskrzela doprowadzającego, która prowadzi do upośledzonego przenikania powietrza do znajdującego się w stanie zapalnym odcinka płuc; tutaj, w atmosferze ubogiej w tlen, mogą rozwinąć swą działalność różne beztlenowce. U naszych chorych — posiewy z plwociny, jak również większe poszukiwania bakterjologiczne nie były robione. W badaniu plwociny ograniczyliśmy się do bakterjoskopji bezpośredniej, stwierdzając w niej przeróżną florę pałeczkową i kokkową, w paru przypadkach stwierdziliśmy obecność krętków i laseczki wrzecionowatej. O włóknach sprężystych w plwocinie zgorzelinowej i czopkach Dietricha mowa jest poniżej.

Z punktu widzenia klin. różni autorowie różnie dzielą zgorzel płucną. Laennec np. odróżnia 1) postać *ograniczoną* i 2) postać *rozlaną*, zaliczając do tej ostatniej rzadkie przypadki, niemal zawsze śmiertelne, powstające wskutek aspiracji mas gnilnych u nieprzytomnych, chorych umysłowo i tym podobne. A. Fraenkel dzieli zgorzel płucną na jedno i wieloogniskową, uzasadniając celowość tego podziału różnem rokowaniem i leczeniem obydwu tych postaci. Sokołowski odróżnia: 1) postać *łagodną*, do której zalicza przypadki t. zw. zgorzeli samodzielnej, zjawiającej się u jednostek uprzednio zdrowych — i 2) postać *cięższą* (zgorzel stopniowo szerzącą się, zgorzel rozlaną), spotykaną u osób wyniszczonych, charłaczych (pijaków, dotkniętych cukrzycą, rakiem). Autorowie francuscy dzielą zgorzel płucną na 3 następujące postacie: 1) postać, która z uwagi na swój rozwój i przebieg przypomina zupełnie ostre zapalenie płuc *(forme pneumonique de la gangraine pulmonaire)*, 2) postać *opłucną*, która nagabuje obwodowe odcinki miąższu płucnego i skutkiem tego klinicznie jest wielce zbliżona do zapalenia opłucnej *(forme pleuretique)* — i 3) postać *zatorową (forme embolique)*, przerzutową, wikłającą zgorzelinowe sprawy innych narządów, jak ucha środkowego lub wyrostka robaczkowego.

Jak to z własnego doświadczenia wynika, dwie są odrębne postaci zgorzeli płucnej, które różnią się zarówno sposobem powstawania sprawy chorobowej, jak jej umiejscowieniem, przebiegiem klinicznym, rokowaniem i leczeniem. Odróżniamy mianowicie: 1) zgorzel płucną *górnopłatową* i 2) *dolnopłatową*.

Zgorzel górnopłatowa. Na ogólną liczbę 24 przypadków tej postaci zgorzeli mieliśmy 7. Postać ta jest typem zgorzeli pierwotnej, samodzielnej, bynajmniej nie stanowiącej powikłania lub zejścia innych schorzeń płucnych; przeciwnie, od samego początku mamy do czynienia z chorobą, która posiada wszelkie cechy niezależnej jednostki klinicznej i którą właściwie można by nazwać zgorzelinowem zapaleniem płuc. Postaci tej ani razu nie spostrze-

galiśmy u kobiet; wszystkie nasze 7 przypadków dotyczyły mężczyzn i to przeważnie w wieku młodym i średnim (od 18 do 39 lat; tylko jeden chory miał lat 48). Choroba ta występuje zwykle ostro, wśród zupełnego zdrowia. Swym nagłym i burzliwym początkiem, zgorzel górnopłatowa przypomina ciężkie zapalenie płuc włóknikowe, jednak, zdaniem naszem, niesłuszny jest i nie odpowiada rzeczywistości pogląd utarty, iż zgorzel płuc w tych razach jest zejściem lub powikłaniem ich zapalenia włóknikowego. Przedewszystkiem, a to również podkreślają autorzy francuscy, przebieg zgorzelinowego zapalenia płuc zawsze jest od samego początku znacznie cięższy, niż zwykłego zapalenia włóknikowego, świadcząc tem samem o odmiennej etjologji obu tych spraw chorobowych. Plwocina i oddech chorego przybierają charakter cuchnący drugiego lub trzeciego dnia choroby, czasem już na samym jej początku, co przemawia za pierwotnym zgorzelinowym charakterem sprawy zapalnej. Badanie plwociny, która nie jest rdzawa, na dwoinki Fraenkl'a daje wynik ujemny, natomiast stwierdzić się w niej dają krętki, pałeczki wrzecionowate, wzgl. inne beztlenowce. Szczególną cechą zgorzeli płucnej górnopłatowej jest — skłonność sprawy zapalnej do sadowienia się przeważnie w górnym płacie płuca prawego. Z 7-iu odnośnych przypadków w 6-ciu zgorzel płucna dotyczyła płuca prawego, tylko w jednym przypadku zgorzel górnopłatowa umiejscowiła się w płucu lewem. Od czego zależy to powinowactwo czynnika chorobotwórczego do górnych płatów, a zwłaszcza płuca prawego — trudno powiedzieć; niewątpliwie wchodzą tu w grę osobliwe warunki anatomiczne, prawdopodobnie te same, co w gruźlicy płuc.

Przebieg kliniczny — zgorzeli samoistnej górnopłatowej jest zwykle ostry. Na 7 przypadków własnych tylko w jednym sprawa przebiegała bardziej przewlekle; przypadek ten omówimy poniżej. Sprawa chorobowa zaczyna się zazwyczaj nagle, wśród względnego zdrowia od dreszczów, wysokiej gorączki, sięgającej 39—40^0, kłucia przy oddychaniu po stronie chorej (pod obojczykiem i w okolicy łopatki), kaszlu i silnej duszności. Jest to zespół objawów, przypominający początek włóknikowego zapalenia płuc, tylko stan ogólny chorych jest znacznie cięższy: tętno jest drobne, do 130—140 na 1', nieraz niemiarowe, oddech jest bardzo przyśpieszony, powierzchowny, chory jest wybitnie osłabiony, twarz blada, nieraz już na samym początku z odcieniem ziemistym, język suchy, kończyny sine, zimne. Do kaszlu, początkowo suchego, po upływie 1—2-ch dni dołącza się odpluwanie plwociny, która odrazu, lub nieraz po paru dniach dopiero posiada zapach wybitnie cuchnący. Zdarza się częstokroć, iż oddech już od pierwszych chwil choroby cuchnie, świadcząc tem samem o zgorzelinowym charakterze procesu zapalnego. Objawom tym towarzyszy zazwyczaj wybitne upośledzenie ruchomości oddechowej tej połowy klatki piersiowej, która jest dotknięta zgorzelą. Objawy fizykalne na początku mogą być bardzo dyskretne i ograniczać się do objawów rozlanego nieżytu oskrzeli; po paru lub kilku dniach dają się stwierdzić objawy mniejszego lub większego nacieczenia, przyczem ognisko zapalne, jak już wyżej zaznaczyliśmy, najczęściej jest umiejscowione w prawym górnym płacie, znajdujemy przeto stłumienie, ograniczone do części, wzgl do całego górnego płatu z wzmożeniem drżenia persiowego i bronchophonją (te dwa ostatnie objawy bynajmniej nie należą do stałych). W miejscu stłumienia wysłuchuje się początkowo wdech wciągający, wydech chuchający z nielicznemi trzeszczeniami, wzgl. drobnemi rzężeniami, dopiero po pewnym czasie w okresie tworzenia się jam zgorzelinowych zjawia się głośny oddech oskrzelowy; wdech lub wydech, albo też oba jednocześnie mogą mieć odcień jamisty, wraz z oddechem oskrzelowym słychać rzężenia średnio a nawet grubobańkowe, które nieraz zlewają się w t. zw. gotowanie — *gargouillement;* w tych warunkach rzężenia są przeważnie dźwięczne. Stan ogólny chorych zwykle bardzo szybko podupada: tracą oni zupełnie łaknienie i sen, zwłaszcza skutkiem bezustannego kaszlu. Z zaburzeń przewodu pokarmowego zwrócić należy uwagę na dołączającą się nieraz uporczywą biegunkę, która jest bądź pochodzenia toksycznego, bądź też skutkiem podrażnienia błony śluzowej jelit przez połykanie znaczniejszej ilości jadowitej plwociny.

Plwocina, która jest jednym z najbardziej charakterystycznych objawów tej choroby, jak już wspomnieliśmy, posiada wybitne własności zgorzelinowe i jest trzywarstwowa. Ilość odpluwanej plwociny w niektórych naszych przypadkach sięgała 500—600 cm^3 na dobę. Nie będziemy tu dokładnie omawiać jej cech, tak szczegółowo opisanych jeszcze przez Traubego, a u nas przez Sokołowskiego. Zaznaczymy tylko, iż na 7 przypadków zgorzeli górnopłatowej — tylko w dwu zdołaliśmy stwierdzić w plwocinie obecność włókien sprężystych. Fakt ten, na pozór niezrozumiały wobec znacznych zmian destrukcyjnych w płucach, tłumaczony jest zawartością swoistego zaczynu, rozpuszczającego włókna elastyczne. Sokołowski twierdzi, iż włókna sprężyste stwierdzić się dają zwykle w początkach sprawy chorobowej, w późniejszych zaś okresach nie dają się już odszukać. W jednym naszym przyp. rzecz się miała wręcz przeciwnie: wielokrotne poszukiwania włókien sprężystych w pierwszych tygodniach choroby dawało wynik ujemny, dopiero później, w okresie poprawy, uzyskanej po zastosowaniu odmy sztucznej, zjawiły się w plwocinie włókna sprężyste. Zjawisko powyższe należy tłumaczyć sobie w ten sposób, iż na skutek leczenia znikły z ognisk zapalnych drobnoustroje, które poprzednio wydzielały zaczyn, rozpuszczający włókna sprężyste. Badanie m o c z u poza nieznacznym białkomoczem gorączkowym nic szczególnego nie wykazywało. Natomiast na szczególne podkreślenie zasługuje b a d a n i e k r w i na zachowanie się obrazu białego. Otóż, w przeciwieństwie do włóknikowego zapalenia płuc ilość ciałek białych jest w zgorzeli płuc górnopłatowej prawidłowa, względnie na górnej granicy normy lub też minimalnie zwiększona; w naszych przypadkach wahała się ona w granicach: 7.200—9.200. Wzór leukocytów jest naogół prawidłowy; odsetek ciałek obojętnochłonnych nie przekraczał u nas 76%, natomiast stale stwierdzaliśmy brak ciałek eozynochłonnych. Brak oddziaływania białego obrazu krwi na zapalenie zgorzelinowe płuc jest oczywiście zależne od rodzaju drobnoustrojów, z jakiemi w danym razie mamy do czynienia (beztlenowce). Zjawisko, o jakiem mowa, jest jednym dowodem więcej, iż zgorzel płuc górno-płatowa od samego początku choroby jest sprawą co do swej etjologji całkiem odmienną od zapalenia płuc włóknikowego. Mało, lub wcale niezmienionym obrazem krwi w zgorzeli górnopłatowej możemy posiłkować się w celach różniczkowo-rozpoznawczych, co ma cenne znaczenie zwłaszcza w początkowym okresie choroby, gdy brak być może jeszcze charakterystycznej plwociny i oddechu. W odróżnieniu od zgorzeli płucnej zapalenie włóknikowe oraz ropień górnopłatowy przebiegają, jak wynika z naszych spostrzeżeń, ze znaczną leukocytozą (około 20.000 i wyżej) i przesunięciem wzoru w stronę obojętnochłonnych. Jak już wspomnieliśmy wyżej, przebieg zgorzeli górnopłatowej pierwotnej jest zazwyczaj ostry. Nieraz jednak, jak to miało miejsce w jednym naszym przypadku, sprawa od początku ma charakter przewlekły, postępując wolno i stopniowo i przeciągając się na szereg miesięcy. Oto jest w skróceniu opis tego przypadku.

18-letni J. B., robotnik, przybył na Oddział I. V. 1925 r.; zachorował on 10 miesięcy temu. Choroba zaczęła się stopniowo od kaszlu, początkowo suchego, następnie, po tygodniu mniej więcej, zjawiła się plwocina, która odrazu była mocno cuchnąca. Pomimo to chory czuł się nieźle, nie miał on dreszczów ani gorączki, apetyt był zachowany, stan ogólny dość dobry, tak że pacjent nie porzucał pracy przez 6—7 miesięcy, jakkolwiek wydajność dobowa plwociny sięgała 2-ch szklanek i więcej; plwocina przytem mocno cuchnęła i od czasu do czasu zawierała domieszki krwi. Otoczenie chorego skarżyło się na bardzo cuchnący oddech. Po 7 miesiącach stan stopniowo zaczął się pogarszać, zaczęły pojawiać się dreszczyki z podskokami gorączki, również odczuwał od czasu do czasu kłócie w prawym boku. Chory zaczął szczupleć i tracić siły. Badanie po przybyciu na Oddział: ciepłota prawie normalna, nie przekracza 37,2^0 wieczorami, tętno — 100 na 1', miarowe drobne; oddechu 28' na 1'; prawa połowa klatki piersiowej oddycha znacznie gorzej. Budowa wątła, odżywienie liche, zabarwienie powłok skórnych ziemiste; nieznaczna sinica warg i małżowin usznych; palce wybitnie pałeczkowate. Badanie klatki piersiowej: po stronie prawej z tyłu — tępość na całej przestrzeni, do kąta łopatki wybitne wzmożenie drżenia piersiowego z bronchophonją, poniżej drżenie piersiowe zachowane; osłuchowo — do dolnej $^1/_3$ części łopatki wdech oskrzelowy z licznemi rzężeniami średniobańkowemi o charakterze dźwięcznym, wydech oskrzelowy z odcieniem jamnistym, poniżej wdech wciągający, wydech chuchający. Z przodu po stronie prawej: na całej przestrzeni tępość, pod prawym obojczykiem do 3-go żebra tępość z dźwiękiem bębenkowym i objawem Wintrich'a. Wdech do poprzecznej linji sutkowej oskrzelowy z średniobańkowemi rzężeniami, pod obojczykiem o charakterze dźwięcznym, wydech oskrzelowy. Po stronie lewej — nic szczególnego. Badanie Roentgenowskie wykazało zaciemnienie całego prawego płuca, bardziej intensywne w górnym jego płacie z licznemi jasnemi plamami o wystrzępionych konturach (drobne jamki). Plwocina jest charakterystyczna, trzywarstwowa, mocno cuchnąca, ilość jej dochodzi do 3-ch kufli na dobę, zawiera przytem włókna sprężyste. Ilość ciałek białych we krwi wynosi 7.800 w 1mm. sz. ze wzorem: obojętnochłonnych 69%, małych limfocytów 26%, dużych jednojądrzastych 5%. Rozpoznanie nasze brzmiało: *Gangraena pulmonis dextri, praecipue ad lobum superiorem.* W danym przypadku, pomimo rozległych zmian destrukcyjnych w płucach, objawy toksyczne były nieznacznego natężenia przy względnie dobrym stanie podmiotowym. 6-go dnia pobytu w Szpitalu na skutek flegmony gazowej, która drogą zatorową wytworzyła się w okolicy lewego pośladka, chory został przepisany na Oddział chirurgiczny do innego szpitala.

Zgorzel dolno-płatowa. Druga grupa zgorzeli płucnej, obszerniejsza od poprzedniej, obejmuje 17 przypadków zgorzeli dolnopłatowej. Jest ona przeważnie pochodzenia wtórnego i występuje najczęściej jako powikłanie, lub zejście innych schorzeń płucnych, przeważnie przewlekłych (rozstrzenie oskrzelowe wraz z zapaleniem płuc śródmiąższowem), rzadziej ostrych (zapalenia płuc włóknikowego i odoskrzelowego) na skutek dodatkowego zakażenia beztlenowcami uprzednio schorzałych odcinków płuc; w innych przypadkach zgorzel płucna nagabuje osobniki wybitnie wyniszczone lub znajdujące się w stanie nieprzytomnym, skutkiem aspiracji do płuc materjału zakażonego, zawierającego beztlenowce, z jamy ustnej. W zrazikowem zapaleniu płuc pochodzenia grypowego w niektórych przypadkach cuchnąca trzywarstwowa plwocina bez lub z włóknami sprężystemi zjawia się w przebiegu cierpienia w drugim lub trzecim tygodniu choroby. Tutaj nie może być wątpliwości, iż mamy do czynienia z wtórnem przeistoczeniem zgorzelinowem wysięków płucnych. W innych natomiast przypadkach cuchnący oddech i charakterystyczna plwocina występują na samym początku choroby i stwierdzane są jednocześnie z innymi objawami odoskrzelikowego zapalenia płuc. Tutaj musimy uznać, iż zgorzel dolnopłatowa jest również, jak górnopłatowa, pierwotna i że beztlenowce, które są winowajcami choroby dostały się do dróg oddechowych same lub też łącznie i jednocześnie ze zwykłemi pasorzytami zrazikowego zapalenia płuc.

Nie będziemy tutaj obszernie zajmowali się dolnopłatową postacią zgorzeli płucnej, dokładnie znaną i szczegółowo opisywaną w wielu podręcznikach. Ogólnikowo powiemy, iż w jednym przypadku rak przełyku spowodował piorunująco przebiegającą zgorzel prawego dolnego płata płuc na skutek przeżarcia ściany przełyku i przedostania się mas zgorzelinowych do płuc; w 2-u przypadkach zatrucia kwasem octowym ropne zapalenie tkanki okołoprzełykowej dało wtórną zgorzel dolnych płatów obu płuc; w jednym przypadku zgorzel wystąpiła po urazie klatki piersiowej ze złamaniem 9-go lewego żebra; spostrzegaliśmy jeden przyp. zgorzeli prawego dolnego płata po dokonanej à froid operacji wyrostka robaczkowego; przypadek ten, zarówno jak i dwa inne zrazikowego zapalenia płuc, zaliczyć można do pierwotnej zgorzeli dolnopłatowej z uwagi na bardzo wczesne wystąpienie cuchnącego oddechu i plwociny. Jeden z tych przypadków opisany będzie szczegółowo w innem miejscu jako *bronchopneumonia gangraenescens*, pochodzenia grypowego, przez A. Landaua i B. Jochwedsa. W jednym przypadku zgorzel dolnopłatowa wystąpiła, jako powikłanie rozpadowej gruźlicy płuc, w innym znów wieloogniskowa zgorzel obu dolnych płatów płucnych była pochodzenia zatorowego, jako powikłanie posocznicy utajonej, której źródła nie wykryło nawet badanie pośmiertne, jakkolwiek za życia wyhodowano ze krwi paciorkowce. Wreszcie w 6 przypadkach zgorzel dolnopłatowa była końcowym etapem i powikłaniem śródmiąższowego zapalenia płuc, któremu towarzyszyła obecność rozstrzeni oskrzelowej. Z powyższego zestawienia wynika, iż największy odsetek tej grupy stanowią przypadki zgorzeli, powstałe na podłożu dawnych rozstrzeni oskrzelowych, których ścianki w pewnych warunkach ulegają rozpadowi zgorzelinowemu; zgorzel rozprzestrzenia się na miąższ płucny, wytwarzając nieraz szerokie ogniska rozpadowe. Różniczkowanie zgorzeli dolnopłatowej od rozstrzeni oskrzelowych nieraz napotyka nieprzezwyciężone przeszkody, bowiem w przebiegu rozstrzeni oskrzelowych zdarzają się długie okresy, kiedy oddech i plwocina są cuchnące. Zawartość ropna rozstrzeni oskrzelowych ulega przeistoczeniu gnilnemu skutkiem usadowienia się w nich beztlenowców, a jednak błona śluzowa oskrzeli, jakkolwiek chorobowo zmieniona, jest nienaruszona, a miąższ płucny — nietknięty. Stan podobny dawniej był znany pod nazwą gnilnego nieżytu oskrzeli *(bronchitis putrida)*, właściwsza byłaby tu nazwa: gnilne rozstrzenie oskrzelowe *(bronchiectasiae putridae)*; te ostatnie najczęściej są spostrzegane w przebiegu trzeciorzędnej kiły płucnej, umiejscowionej zazwyczaj w środkowym płacie prawego płuca i występującej pod postacią przewlekłego zapalenia łącznotkankowego z rozstrzeniami oskrzeli. Jeden podobny przypadek spostrzegaliśmy u mężczyzny 50-letniego; gnilne objawy ustąpiły u chorego po zastosowaniu leczenia swoistego (wcierania rtęciowe, neosalwarsan, umiarkowane dawki jodu) oraz olejku eukaliptusowego. Śródmiąższowe zapalenie środkowego płatu prawego płuca z rozstrzeniami oskrzeli, rzecz prosta, pozostały.

Rokowanie w zgorzeli płucnej jest, jak wiadomo, naogół bardzo ciężkie. Pozostawiona własnemu losowi kończy się w większości przypadków niepomyślnie: dotyczy to obu postaci zgorzeli, zarówno górno-, jak i dolno-płatowej. W niektórych przypadkach zgorzeli dolnopłatowej o rokowaniu stanowi w pierwszym rzędzie podstawowe cierpienie, które już samo przez się przesądza nieraz dalszy przebieg choroby. Naogół różne statystyki podają różny odsetek śmiertelności tej choroby, który jest jednak zawsze bardzo wysoki. Körte np. podaje około 65%, Vilière 75—80% śmiertelności — w zgorzeli, leczonej konserwatywnie (środkami wewnętrznemi). Brugsch i Fraenkiel na 11 przypadków, spostrzeganych u siebie w klinice, mieli tylko trzy wyleczenia, z tych jeden — leczony konserwatywnie, 2 — operacyjnie; uważają oni, iż rokowanie w zgorzeli płucnej zależne jest niemal wyłącznie od wyniku operacyjnego, bowiem leczenie wewnętrzne jest zdaniem tych autorów, prawie beznadziejne. Strümpell uważa wyleczenie zupełne zgorzeli płuc za wyjątkowo rzadkie. Harvier, nie podając ścisłych danych liczbowych, twierdzi, iż śmierć wcześniejsza, czy późniejsza jest zwykłem zejściem w tem schorzeniu. Zdarzają się jednak przypadki samoistnego wyleczenia ograniczonej zgorzeli płuc. Sokołowski podaje dwa takie kazuistyczne przypadki, Alsberg — z 4 przypadków zgorzeli płuc, zakończonych wyzdrowieniem, miał dwa wyleczone samoistnie, Knappe również spostrzegał taki przypadek. O podobnym przypadku również mówi Gerhardt. Mimo to przypadki samoistnego wyleczenia zgorzeli płuc bynajmniej nie należą do częstych; można mieć również wątpliwość, czy do przypadków wyleczonych nie zaliczone zostały przypadki gnilnych rozstrzeni oskrzelowych, w których pod wpływem leczenia ustaje gnilny rozpad zawartości jam oskrzelowych i w których miąższ płucny był przez cały czas choroby wolny od zmian zgorzelinowych. W niektórych przypadkach zgorzeli płucnej postępowanie lekarskie, ograniczone wyłącznie do wyczekiwania oraz do podawania leków balsamicznych i podniecających, jest błędem nie do darowania, bowiem właśnie w zgorzelach górnopłatowych, które naogół dają najgorsze rokowanie i najburzliwszy przebieg, można to rokowanie znakomicie poprawić, o ile, jak to wynika z naszych spostrzeżeń, w porę zastosować odpowiednie zabiegi lecznicze.

Leczenie każdej zgorzeli płuc rozpoczynamy poza stosowaniem ogólnych zasad higjenicznych od podawania leków balsamicznych, a mianowicie rozczynu 0,5% kwasu karbolowego (3 razy dziennie po łyżce stołowej) i olejku eukaliptusowego (3 razy dziennie po 8—10 kropel). Stosuje się również w tych wypadkach wziewania tych samych leków (2—3% kwasu karbolowego, olejku eukaliptusowego, terpentyny). Wszystkie te leki balsamiczne, jak słusznie twierdzi Sokołowski „wprawdzie nie wpływają leczniczo na samo ognisko zgorzelinowe, to w każdym razie, ułatwiając wykrztuszanie i odkażając zalegającą w oskrzelach plwocinę, wpływać mogą korzystnie na przebieg sprawy". Po za środkami balsamicznemi, oddawna używanemi, i, które same przez się rzadko kiedy zdolne są zmienić na lepsze groźny bieg zgorzeli płucnej, na pierwszem miejscu wymienić należy sztuczną odmę piersiową.

Sztuczną odmę piersiową stosował jeszcze w r. 1907 Schmidt, który uzyskał wyleczenie w 2-ch przypadkach zgorzeli płucnej; w r. 1910 Forlanini, właściwy twórca tej metody leczenia, ogłosił przypadek od przeszło 6-ciu lat trwającej przewlekłej zgorzeli płuc, wyleczonej również za pomocą odmy. Od tej pory w różnych krajach różni autorzy stosowali odmę sztuczną w tem schorzeniu z większem lub mniejszem powodzeniem; stąd też zyskała sobie odma nie tylko zwolenników, ale i przeciwników. Wobec tego, iż każdy przypadek wyleczonej zgorzeli płuc można uważać za wyrwany śmierci, Weil zaleca odmę sztuczną w tem schorzeniu mimo, iż na *8 przypadków*, leczonych w ten sposób, tylko w 2-ch zdołał on uzyskać wyleczenie: Denechau — na 8-iu chorych otrzymał wynik pomyślny tylko u jednego. Z innych autorów z powodzeniem stosowali odmę sztuczną w zgorzeli płucnej: Bergmann, Rogge, Penzoldt, Reichmann, Leschke, a w ostatnich czasach znów Morgan, Rodano, Tobiesen i Guth. Podczas gdy Reichmann, Guth podają, iż nieraz wystarczało im trzykrotne założenie odmy, by uzyskać wyleczenie całkowite, inni, jak Wolff-Eisner, Brüning, Jehn są bezwzględnymi przeciwnikami tej metody leczniczej, a to z uwagi na częstość powikłań. Odmienność poglądów różnych autorów na tę sprawę zależna jest, zdaniem naszem, w pierwszym rzędzie od braku ścisłych wskazań; prawdopodobnie nie jest tu również bez winy i wadliwość metodyki przy zakładaniu odmy sztucznej. Jak to wynika z naszych spostrzeżeń, odma sztuczna jest bardzo cennym środkiem leczniczym w zgorzeli płucnej, należy ją tylko stosować we właściwych przypadkach i w odpowiedni sposób. Otóż do odmy sztucznej nadają się wyłącznie zgorzele górnopłatowe. Na podstawie naszego materjału twierdzić możemy, iż zgorzele te, w odróżnieniu od zgorzeli dolnopłatowych przez długi czas zostawiają jamę opłucnową wolną, co jest pierwszym i najważniejszym warunkiem założenia odmy. Zrosty tutaj powstają wyłącznie na obwodzie dotkniętego odcinka płuc, a do tego nie są one zbyt mocne, bo odcinki odnośne z łatwością ucisnąć się dają przez wtłoczony do opłucnej gaz. Również sądzić należy, iż w zgorzeli górnopłatowej jamy zgorzelinowe posiadają wolną komunikację z oskrzelem, ponieważ po uciśnięciu płuca giną one szybko

w Roentgenie i zbliżniają się. Przeciwnicy stosowania odmy w zgorzeli płucnej (Wolff-Eisner) zwracają uwagę na możliwość zakażenia jamy opłucnej skutkiem jej nakłucia. Dla uniknięcia tego powikłania trzymamy się zasady, iż zwłaszcza przy pierwszej odmie nakłuwamy opłucną możliwie w znacznej odległości od ogniska zgorzelinowego. Rogge podkreśla niebezpieczeństwo rozerwania zrostów przez wpuszczany do jamy opłucnej gaz; tą drogą łatwo jest uszkodzić ścianę zazwyczaj kruchą jamy zgorzelinowej jeżeli jest ona usadowiona bliżej powierzchni płuca, oraz zakazić jamę opłucną. By zapobiec tym powikłaniom wpuszczamy do opłucnej tylko tyle azotu, ile potrzeba, aby ciśnienie wewnątrzopłucne sprowadzić do 0. Wystarczy to w zupełności, jak przekonaliśmy się wielokrotnie, do uciśnięcia schorzałych odcinków płuc, opróżnienia jam zgorzelinowych i następczego ich zbliźnienia. Ilość azotu, wdmuchniętego do opłucnej przy pierwszej odmie — nie przekraczała w naszych przypadkach 650 cm. sz., w następnych zaś — 800 cm. sz. N. Na 6 przypadków zgorzeli górnopłatowej z przebiegiem ostrym odmę sztuczną stosowaliśmy w 5-ciu; 6-ty chory nie chciał się poddać temu zabiegowi i wypisał się z oddziału bez poprawy. Z tych 5-ciu przypadków — w jednym odma sztuczna pozostała bez wyniku, w 4-ch otrzymaliśmy zupełne wyleczenie zgorzeli — u osobników, u których uprzednio leczenie środkami wewnętrznemi i neosalwarsanem nie ruszyło sprawy chorobowej ani o krok naprzód, tak że znajdowali się oni w stanie zupełnie beznadziejnym. Parę z tych przypadków, jako niezwykle pouczające, omówimy szczegółowiej.

Chory, lat 37, z zawodu ogrodnik, który uprzednio po za grypą w r. 1918 był naogół zdrów, zachorował mniej więcej w połowie stycznia r. 1926. Choroba zaczęła się nagle od dreszczów, gorączki, kłucia pod prawą łopatką i prawym obojczykiem, kaszlu, początkowo suchego, następnie z flegmą, duszności. Wszystkie te objawy w przeciągu dni kilku się wzmagały, a zwłaszcza kaszel i ilość odpluwanej plwociny, która w 2-im tygodniu choroby przybrała charakter wybitnie cuchnący, tak że przebywanie z chorym w jednym pokoju stało się dla otoczenia wprost nie do zniesienia. Gorączka, mierzona wieczorami wynosiła ponad 39°, kaszel męczący, nie ustający ani na chwilę, nie dawał choremu zupełnie spać, ilość odpluwanej mocno cuchnącej flegmy sięgała od 3-go tygodnia choroby 2½—3-ch szklanek na dobę, kłucie w prawym boku nie ustawało; chory prawie całkowicie stracił łaknienie i z dniem każdym stawał się coraz bardziej osłabionym, tak że po miesiącu trwania choroby nie mógł nawet o własnych siłach podnieść się z łóżka. W tym stanie zupełnego wyniszczenia i całkowitej niemocy, po 5-ciu tygodniach trwania choroby, 21. II. r. b. został przywieziony na nasz oddział szpitalny.

Badanie przedmiotowe po przybyciu na oddział. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 39,2°, tętno 84 na 1', miarowe, dwubitne. Oddechów 33 na 1'; typ oddychania przeważnie brzuszny; oddech wybitnie cuchnący. Chory bardzo wyniszczony, budowy wątłej, zabarwienie powłok skórnych tułowia blade, twarzy z odcieniem ziemistym; błony śluzowe blade. Język suchy, obłożony bronzowo-szarym nalotem. Błona śluzowa gardzieli nastrzyknięta. Klatka piersiowa płaska z ostrym kątem żebrowym. Prawostronne skrzywienie boczne (skolioza) w dolnej piersiowej części kręgosłupa, dołki nadobojczykowe zaznaczone; prawa okolica podobojczykowa nieznacznie zapadnięta. Przy oddychaniu — prawa połowa kl. piersiowej porusza się gorzej, niż lewa, a zwłaszcza górna jej część. Objętość każdej połowy kl. piersiowej przy wydechu — 40½ cm., przy wdechu prawej — 41 cm., lewej 43 cm.. Z tyłu: po stronie prawej, stłumienie sięgające ½ łopatki, dolna granica między 11 i 12 żebrem, słabo ruchoma; po stronie lewej granice prawidłowe. ruchomość brzegów płucnych zachowana. Drżenie piersiowe i wysłuchiwanie głosu — bez wyraźnych różnic. Osłuchowo: po str. pr. w miejscu stłumienia — do połowy łopatki wdech nieokreślony, wydech chuchający, tylko na wysokości grzebienia łopatki przy kręgosłupie: wdech oskrzelowy, pokryty nielicznemi drobnobańkowemi rzężeniami wilgotnemi, wydech chuchający. Po str. lewej wdech zaostrzony, wydech pęcherzykowy. Od przodu: po str. prawej stłumienie nad i pod obojczykiem aż do 3-go żebra. Dolne granice: l. sutkowa pr. — 6 żebro, l. pachowa środk. — pod 7 żebr., ruchome nieznacznie przy oddychaniu. Nieznaczna *bronchophonia* pod prawym obojczykiem. Nad i pod pr. obojczykiem — w miejscu stłumienia — wdech oskrzelowy z licznemi rzężeniami średniobańkowemi, o charakterze dźwięcznym, wydech oskrzelowy z odcieniem jamistym. Ze strony lewego płuca nic szczególnego. Serce: rozmiary prawidłowe (Rd. — 3 cm. Rs. — 7½ cm.; poprzeczny rozmiar — 10½ cm.). Tony czyste. Ze strony innych narządów nic nieprawidłowego. Badanie moczu nic szczególnego nie wykazało. Ilość ciałek białych w 1 mm. sz. 9.200, ze wzorem prawidłowym, (obojętnochłonnych 71%, małych limfocytów 26%, dużych jednojądrzastych i przejściowych 3%). Plwocina w ilości 500 do 600 cm. sz. na dobę, wybitnie cuchnąca, trzywarstwowa, zawierająca w trzeciej, dolnej warstwie typowe dla zgorzeli czopki Dietricha. Badanie na obecność prątków Koch'a, krętków oraz pałeczek wrzecionowatych, dało wynik ujemny. Włókien sprężystych nie znaleziono. Wynik badania przedmiotowego nie pozostawiał żadnych wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia z samoistnem zgorzelinowem zapaleniem płuc z typowem umiejscowieniem w prawym górnym płacie. Przeprowadzone dla kontroli prześwietlenie Roentgenowskie wykazało: przepony wolne, ruchome; prawa porusza się nieco gorzej. Prawy górny płat marmurkowato zaciemniony; nad prawym obojczykiem jama, wielkości orzecha włoskiego. Gruczoły wnękowe powiększone, zwłaszcza prawe. Płuco lewe — bez zmian.

Choremu, który od początku choroby brał w domu różne środki balsamiczne i podniecające bez najmniejszego wyniku, dn. 25. II. założyliśmy prawostronną odmę sztuczną. Wpuściliśmy do opłucnej 650 cm. sz. N, doprowadzając ciśnienie wewnątrzopłucnowe z 6 do 0. Chory jednocześnie od początku pobytu w szpitalu dostawał 3 razy dziennie po 8 kropel olejku eukaliptusowego. Po pierwszej odmie stan chorego nie uległ wybitniej zmianie: ciepłota wieczorami wahała się jeszcze do 38°, chory wciąż dużo kaszlał, wprawdzie odpluwał nieco mniej flegmy: 300 do 350 cm. sz. Przedmiotowo: w pr. płucu stłumienie trzyma się z tyłu do górnej ⅓ części łopatki, z przodu do 2-go żebra w miejscu stłumienia wdech wciągający, wydech oskrzelowy; ilość rzężeń nad i pod prawym obojczykiem nieco się zmniejszyła; poniżej objawy odmy piersiowej (odgłos bębenkowy ze zniesionym oddechem). Wobec zupełnego uciśnięcia schorzałego płata i trwającego stanu gorączkowego próbowaliśmy oprócz odmy zastosować neosalwarsan. Dn. 28. II. (w 3 dni po pierwszej odmie) wstrzyknęliśmy dożylnie 0,25 neosalwarsanu. Chory neosalwarsan zniósł źle: wystąpiły silne dreszcze, ciepłota znów podskoczyła do 39°, samopoczucie chorego niedobre; postanowiliśmy przeto zaniechać dalszego stosowania neosalwarsanu i pozostać przy odmie i olejku eukaliptusowym. Dn. 4. II. w tydzień po pierwszej odmie, założyliśmy po raz wtóry odmę; wpuściliśmy 700 cm. sz. N, sprowadzając ciśnienie z 3 do 0. Po drugiej odmie nastąpiła raptowna poprawa. Chory przestał natychmiast gorączkować. Tętno 72 miarowe, kaszel zmniejszył się, ilość plwociny z każdym dniem malała, dochodząc do 50 cm. sz., a nawet 25 cm. sz. na dobę, przyczem przestała prawie zupełnie cuchnąć. Stan podmiotowy chorego znacznie się poprawił. Powróciły sen i łaknienie. W płucach: stłumienie z tyłu — do górnej ⅓ cz. łopatki, z przodu — do 2-go żebra z wdechem osłabionym, wydechem zlekka chuchającym, rzężenia zginęły zupełnie. Prześwietlenie płuc dn. 11. III. wykazało: pr. szczyt w zrostach, jamy nad pr. obojczykiem nie widać. Płuco prawe odciśnięte przez odmę prawie do linji sutkowej pr.. Dn. 12. III. założyliśmy odmę 3-cią i ostatnią (wpuszczono 800 cm. sz. N; ciśnienie znów doprowadzono z 3 do 0). Chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrów, przybrawszy na wadze 10 kilogr.; przestał zupełnie kaszlać. Przedmiotowo: nad grzebieniem pr. łopatki i nad pr. obojczykiem przytłumienie z wdechem wciągającym, wydechem wydłużonym, jako pozostałości po przebytej sprawie.

Widzimy więc, że za pomocą odmy sztucznej zdołaliśmy w b. krótkim czasie wyleczyć chorego, przybyłego na oddział w stanie b. ciężkim, od śmierci niezbyt dalekim. Leczenie środkami wewnętrznemi w przypadku powyższym nie dawało poprawy, przeciwnie, stan chorego z dniem każdym pogarszał się i stawał się coraz bardziej krytycznym. Wystarczyło 3-krotne założenie odmy (ogółem 2150 cm. sz. N), by całkowicie wyleczyć chorego. Nie mniej efektowny jest inny nasz przypadek, demonstrowany przez koleżankę Marjankównę w W. tow. Lek. w r. 1923.

Przypadek ten dotyczył 48-letniego robotnika, który dn. 28. VIII. 1922 r. przybył do szpitala ze skargami na męczący kaszel, duszność, bóle w pr. boku. Choroba zaczęła się 2 tygodnie temu od dreszczów i wysokiej gorączki. Plwocina od początku choroby miała charakter wybitnie cuchnący. Poprzednio był stale zdrów. Badanie po przybyciu na oddział: chory budowy prawidłowej, odżywienia lichego; skóra blada, ziemista z sinicą policzków i nosa. Tętno 104 na 1' miarowe, słabego napełnienia. Oddechów 36 na 1', oddech wybitnie cuchnący. Pr. połowa kl. piersiowej przy oddychaniu b. słabo ruchoma. Po str. pr.: z tyłu stłumienie do ½ łopatki ze wzmożeniem drżenia piersiowego i bronchophonją; w miejscu stłumienia wdech pokryty licznemi dźwięcznemi wilgotnemi średnio i grubobańkowemi rzężeniami, wydech chuchający; *z przodu* — stłumienie do 4-go żebra z bronchofonją, wdechem, pokrytym średnio i grubobańkowemi rzężeniami wilgotnemi, wydechem oskrzelowym z odcieniem amforycznym. Płuco lewe bez zmian. Tony serca głuche. Po za tem w innych narządach nic szczególnego. Plwocina w ilości około ½ litra na dobę, trzywarstwowa, cuchnąca zawierała włókna sprężyste i czopki Dietricha. Badanie plwociny na prątki Kocha i krętki — dało wynik ujemny. Ilość ciałek białych w 1 mm. sz. 8.900 ze wzorem:

Neutrochł. 73%. Małych i średnich limfoc. 22%. Dużych jednojądrz. 5%. U chorego natychmiast po przbyciu na oddział (28. VIII.) zastosowano leki balsamiczne i podniecające. Dn. 31. VIII. otrzymał dożylnie 0,25 Neosalw.; stan chorego zupełnie bez zmian; dn. 6. IX. następne zastrzyknięcie neosalw. — 0,3 gr.; tym razem zjawiły się dreszcze, sinica, ciepłota wciąż do 39°. Męczący kaszel, ½ litra plwociny na dobę utrzymują się w dalszym ciągu. Dn. 25. IX. pierwsza odma sztuczna. Wpuściliśmy do opłucnej 650 cm³ N, sprowadzając ciśnienie wewnątrzopłucnowe do 0. Już po pierwszej odmie znaczna poprawa. Ciepłota spadła natychmiast do normy, kaszel wybitnie się zmniejszył, ilość plwociny zmniejszyła się do 125 cm. sz. na dobę, mniej cuchnąca. Przedmiotowo: stłumienie do grzebienia łopatki z oddechem osłabionym w miejscu stłumienia i pojedyńczemi drobnobańkowemi rzężeniami na wysokości grzebienia łopatki przy kręgosłupie; z przodu do 3-go żebra stłumienie z oddechem osłabionym i pojedyńczemi drobnemi rzężeniami w 2-em międzyżebrzu. Poniżej stłumienia z przodu i z tyłu objawy odmy. 1. X. w tydzień po pierwszej odmie założono 2-gą odmę, wpuszczając 700 cm. sz. N. Po 2-giej odmie kaszel ustąpił zupełnie, oddech niecuchnący, chory odplwał po kilka cm. sz. śluzowej plwociny na dobę; chory zaczął szybko przybierać na wadze. Objektywnie w miejscu poprzedniego stłumienia, opuk przytłumiono-bębenkowy, oddech w tem miejscu znacznie osłabiony; rzężeń nie słychać wcale. Od przodu nad i pod pr. obojczykiem zapadnięcie tej części kl. piersiowej z unieruchomieniem przy oddychaniu — skutek wytworzonej blizny w miejscu poprzedniej jamy.

I w tym więc przypadku mieliśmy do czynienia z b. ciężkiem zgorzelinowem zapaleniem prawego płata płuc, wyleczonem zupełnie dwukrotnem założeniem odmy (ogółem wpuszczono 1350 cm. sz. azotu) — w przeciągu niespełna 2-ch tygodni.

Trzeci nasz przypadek dotyczył 32-letniego szewca, przybyłego na Oddział 29. III. 1922 r. w 4-ym tygodniu choroby. Przebieg choroby w skróceniu przedstawiał się, jak następuje. Choroba zaczęła się nagle od dreszczów, wysokiej gorączki do 40°, kłócia w prawym boku, kaszlu z typową cuchnącą plwociną. Raz jeden w 2-im tygodniu choroby miał krwotok płucny (ponad szklankę krwi). Stan po przybyciu na Oddział: T° stale utrzymywała się około 39°, tętno 120 drobne, oddechów 48 na 1'. Badanie fizykalne wykazało ze strony płuc: stłumienie zupełne do połowy pr. łopatki z wdechem osłabionym, wydechem oskrzelowym i bronchophonją; z przodu stłumienie po str. pr. do 3-go żebra z wdechem oskrzelowym, pokrytym średniobańkowemi rzężeniami o charakterze dźwięcznym, wydechem jamistym. Plwocina — typowa dla zgorzeli płuc. Ilość ciałek białych — 8.400 ze wzorem: Neutrochł. 71%. Małych limf. 23%. Dużych jednojądrzastych 6%. Chory od pierwszego dnia pobytu w szpitalu otrzymywał środki balsamiczne nasercowe. 2. IV. dostał 0,2 neosalw., 8. IV. 0,25 neos., 15. IV. 0,3 neos.; po trzecim neosalwarsanie ciepłota przejściowo na dni kilka obniżyła się do 37° z kreskami, jednak ani stan podmiotowy, ani przedmiotowy nie ulegały zmianie. 13. V. pierwsza odma (500 cm. sz. N, z ciśnieniem ostatecznem 0). Ciepłota zaraz następnego dnia opadła. Chory zamiast poprzednich 200 cm. sz. plwociny odplwał 30—40 cm. sz.; 20. V. druga odma (750 cm. sz. N.), 29. V. 3-cia odma (1.000 cm. sz. N.). Chory wypisał się zdrów: nie kaszlał, nie pluł; objektywnie w płucach: lekkie przytłumienie nad grzebieniem prawej łopatki i nad pr. obojczykiem z oddechem osłabionym, bez rzężeń.

Równie pomyślny wynik zupełnego wyleczenia zgorzelinowego zapalenia płuc umiejscowionego w prawym górnym płacie, osiągnęliśmy w 4-ym naszym przypadku, dotyczącym inwalidy wojennego. I tutaj za pomocą trzykrotnego założenia odmy piersiowej udało nam się w przeciągu 3-ch tygodni całkowicie wyleczyć ciężko chorego po kilkutygodniowych próbach bezskutecznego leczenia zachowawczego.

Jak widać z przytoczonych przypadków odma sztuczna odgrywa dominującą rolę w leczeniu zgorzeli górnopłatowej. W tych przypadkach leczenie środkami wewnętrznemi sytuacji nie zmieniało, stosowanie neosalwarsanu nic odnosiło żadnego skutku, właściwie zaś założona odma sztuczna z zadziwiającą szybkością likwidowała sprawę zgorzelinową. Ta szybkość ustępowania i gojenia się jest cechą znamienną zgorzeli płuc, czem wybitnie różni się ona od gruźlicy, która pod wpływem stosowania odmy zabliźnia się bardzo wolno. Zdaniem naszem, każdy przypadek zgorzeli górnopłatowej stanowi bezwzględne wskazanie do odmy, której założenie dwu, lub trzykrotne wystarcza do wyleczenia chorych, niewątpliwie skazanych na długie cierpienia i na śmierć. Naturalną jest rzeczą, że w tych przypadkach bardzo ważne jest możliwie wczesne wykonanie zabiegu; z biegiem czasu, bowiem, wraz z postępowaniem i szerzeniem się sprawy chorobowej, i tu wytworzyć się mogą zrosty, które w wysokim stopniu utrudniają założenie odmy i uciśnięcie zrośniętego z opłucną ścienną schorzałego płata. Mimo to w pierwszym przytoczonym przypadku jeszcze po 6-ciu, a w 3-cim po 10 tygodniach od początku choroby udało się za pomocą odmy ocalić chorych. Niestety, w naszym 5-ym z kolei przypadku zgorzelinowego zapalenia płuc, umiejscowionym w lewym górnym płacie, leczenie odmą nie odniosło żadnego skutku, ale był to przypadek tak osobliwy, iż zasługuje na dokładniejsze omówienie. Otóż dotyczył on 39-letniego mężczyzny, przybyłego na Oddział w 7-ym tygodniu choroby, w stanie b. ciężkim — po bezskutecznych próbach leczenia wewnętrznego i klimatycznego (w Otwocku). Sprawą zgorzelinową dotknięty był prawie całkowicie górny płat lewego płuca, w którym znajdowała się spora jama, była ona, jak to wykazało badanie Roentgenowskie, wielkości jaja kurzego i znajdowała się bliżej lewej wnęki. Choremu temu dwukrotnie zakładaliśmy odmę, wpuszczając za każdym razem po 750 cm. sz. N. do lewej opłucnej. Wahania manometru za każdym razem wskazywały, że igła niewątpliwie znajdowała się w jamie opłucnej. Mimo to prześwietlenie Roentgenowskie po każdej odmie wskazywało na brak gazu w opłucnie. Niewątpliwie mieliśmy tu do czynienia z sztuczną zastawką, prawdopodobnie wytworzoną przez włóknik, otwierającą się do opłucnej — do tkanki płucnej i oskrzeli tem samem przepuszczającą wpuszczany gaz do płuc i hamującą odwrotny prąd powietrza do opłucnej. Podobne przypadki należą do wyjątkowych. Dwukrotna przeto próba założenia odmy sztucznej spełzła na niczem; po trzytygodniowym pobycie w szpitalu chory zmarł pomimo b. energicznego leczenia objawowego: środki balsamiczne, nasercowe, zastrzyknięcia dopośladkowe ludzkiej krwi, dieta sucha i t. p. Z uwagi na niezwykle ciężki stan chorego nie odważyliśmy się na zastrzyknięcie neosalwarsanu, o którym z poprzednich spostrzeżeń wiadomem było, iż nie działa on pomyślnie w zgorzeli górnopłatowej. Jesteśmy przekonani, iż, gdyby w przypadku ostatnim odma była zastosowana wcześniej, chory zostałby również uratowany.

W odróżnieniu od zgorzeli górnopłatowej przy umiejscowieniu sprawy chorobowej dolnopłatowem, odma sztuczna nie znajduje zastosowania, znaczne bowiem i mocne zrosty, które zwykle towarzyszą tej postaci zgorzeli, zacieśniają lub zupełnie znoszą jamę opłucną oraz uniemożliwiają wdmuchnięcie gazu i uciśnięcie płuca. Zrostowe zapalenie opłucnej jest nieodłącznym towarzyszem rozstrzeni oskrzelowych, tego najczęstszego podłoża zgorzeli dolnopłatowej, ale jak to wynika z naszych spostrzeżeń, również i *„bronchopneumonia gangraenescens"* w bardzo krótkim czasie prowadzi do rozległych zrostów opłucnej. Tak samo Schmidt twierdzi, iż w rozstrzeniach oskrzelowych i w wywołanej przez nie zgorzeli płucnej — odma sztuczna jest z reguły bezużyteczna. W żadnym przypadku zgorzeli dolnopłatowej nie udało nam się osiągnąć pomyślnego wyniku za pomocą odmy. Przeciwnie, musimy wyraźnie to podkreślić, w tych przypadkach ponawianie próby założenia odmy może być dla chorego wręcz szkodliwe i nawet zgubne, wynikiem bowiem usiłowań tych jest tylko zakażenie opłucnej i jej ropne lub zgorzelinowe zapalenie. Sami mieliśmy jeden taki przypadek, po którym zaniechaliśmy stosowania odmy w zgorzeli dolnopłatowej. W innym przypadku po operacyjnej *bronchopneumonji gangraenescens* w płacie dolnym i środkowym płuca prawego, gdzie uzyskaliśmy znaczną poprawę za pomocą neosalwarsanu (spadek ciepłoty, zmniejszenie ilości plwociny, która przestała być cuchnącą i t. d.), a chory na skutek remontu Oddziału został przepisany do innego szpitala, kilkakrotnie ponowione tam próby założenia odmy sprowadziły zgorzelinowe zapalenie opłucnej z zejściem śmiertelnem. Z naszych przeto spostrzeżeń wynika, iż w zgorzeli dolnopłatowej odma sztuczna jest raczej przeciwwskazana. W każdym razie przy jej zakładaniu nakazana jest wielka ostrożność. W piśmiennictwie polskiem znajdujemy wzmianki o stosowaniu odmy sztucznej w zgorzeli płucnej przez S. Sterlinga, który na 5 przypadków — miał jeden wyleczony, oraz przez Lewina (2 przyp. wyleczone). 1 przyp. wyleczenia podaje Misiewiczówna. Te stosunkowo skromne wyniki, zdaniem naszem, zależne są od braku zróżniczkowania zgorzeli górno i dolnopłatowej. Nie możemy się też zgodzić ze zdaniem Erbricha, że „w zgorzeli ograniczonej płuc odma sztuczna nie daje pożądanych wyników", na potwierdzenie czego autor ten podaje między innymi trzy własne przypadki, wyleczone za pomocą bronchoskopji, a w których poprzednio stosowana odma sztuczna nie odniosła żadnego skutku. Otóż żaden z tych 3-ch przypadków nie odpowiadał naszym wskazaniom, bo była to zgorzel dolnopłatowa.

Poza odmą sztuczną w leczeniu zgorzeli płucnej dużą rolę w ostatnich latach zaczął odgrywać neosalwarsan. Zastosowanie neosalwarsanu do leczenia zgorzeli płucnej oparte zostało na spostrzeżeniu Plaut'a, wielokrotnie później potwierdzonem, iż w niektórych przyp. zgorzeli płucnej plwocina, a zwłaszcza t. zw. czopki Dietricha zawierają liczne krętki i pałeczki wrzecionowate. Perrin, Gross, Spengler, Kissling, Hirsch stosowali neosalwarsan we wszystkch postaciach zgorzeli, niezależnie od rodzaju flory bakte-

ryjnej i w niektórych otrzymywali b. dobre wyniki lecznicze. Inni znów autorzy, jak Harvier, Weil, Erbrich nie widzieli po stosowaniu neosalwarsanu pomyślnych wyników. Erbrich przypisuje dodatnie działanie neosalwarsanu w niektórych przypadkach zgorzeli jej podłożu kiłowemu. Weil utrzymuje, iż krętki i pałeczki wrzecionowate, spotykane są zaledwie w 6—7% ogólnej liczby zgorzeli płucnej i że tylko w tego rodzaju przypadkach neosalwarsan daje pomyślne wyniki lecznicze. Większość autorów, jak również i my, jesteśmy tego zdania, że skoro po pierwszych dwu zastrzyknięciach neosalwarsanu brak jest widocznej poprawy, należy dalszego jego stosowania zaniechać. Backmeister zaleca stosowanie neosalwarsanu w dawkach 0,3—0,6 gr. w odstępach 4—8 dniowych. Myśmy na Oddziale stosowali neosalwarsan w dawkach po 0,15—0,25 gr. co 4—5 dni, niezależnie od tego, czyśmy w plwocinie znajdowali krętki i pałeczki wrzecionowate, czy też nie. Z naszych spostrzeżeń wynika, iż neosalwarsan w zgorzeli górnopłatowej nie dawał pomyślnych wyników; przeciwnie, chorzy po neosalwarsanie dostawali nieraz dreszczów, gorączki przy złem samopoczuciu, a stan ich ogólny i miejscowy poprawie nie ulegał. Natomiast w zgorzeli dolnopłatowej wyniki po neosalwarsanie były dość pomyślne. W dwu przypadkach wieloogniskowego zgorzelinowego pogrypowego zapalenia płuc, umiejscowionego w obu dolnych płatach — neosalwarsan wraz ze środkami balsamicznemi sprowadził wyleczenie zupełne. W innym znów przypadku zgorzeli, powstałej po operacji wyrostka robaczkowego w uśpieniu chloroformowem, gdzie zajęte były środkowy i dolny płaty pr. płuca, neosalwarsan stosowany był w dawkach po 0,15 co 3-ci dzień. Już po 2-em zastrzyknięciu tego leku stan chorego zaczął się poprawiać: ciepłota stopniowo opadała, ilość odpluwanej flegmy z 2-ch kufli spadła do $^1/_4$—$^1/_6$ na dobę, stan podmiotowy i przedmiotowy również uległ poprawie (ilość wilgotnych rzężeń w zakresie schorzałych płatów znacznie się zmniejszyła). Po 5-ym neosalwarsanie, kiedy chory zupełnie przestał gorączkować i czuł się znacznie lepiej, przepisany został wskutek remontu do innego szpitala, gdzie po parokrotnych próbach założenia odmy sztucznej wywiązało się zgorzelinowe zapalenie opłucnej skutkiem którego chory zmarł.

Na podstawie przeto naszych spostrzeżeń wysnuć się daje następująca reguła lecznicza: zgorzel płuc górnopłatowa jest bezwzględnem wskazaniem do jaknajwcześniejszego założenia odmy sztucznej, w zgorzeli zaś dolnopłatowej święci tryumfy neosalwarsan.

O tem, iż w zgorzeli płucnej autorowie francuscy stosują z różnem powodzeniem surowicę wieloważną zwierząt, uodpornionych przeciwko wielorakim beztlenowcom (*b. perfringens, ramosus, bellonensis,* prątek obrzęku złośliwego) i że, jako *ultimum refugium,* dokonywana jest nieraz pneumotomia, wspominamy tylko mimochodem i dla ścisłości. Statystyki operacyjne w zgorzeli płuc nie należą do zachęcających, nawet u najlepszych w tej dziedzinie specjalistów. Sauerbruch podaje 51,3% śmiertelności, śmiertelność pooperacyjna u Harvier'a wynosi 40%.

Niedawno została ogłoszona przez Erbricha metoda bezkrwawego leczenia zgorzeli płucnej za pomocą bronchoskopji, o czem wzmiankowaliśmy już powyżej. Autor przekonał się, iż nieraz wystarczy przywrócenie drożności oskrzela za pomocą parokrotnej bronchoskopji, a tem samem doprowadzenie powietrza atmosferycznego do zajętego przez zgorzelinowe zapalenie odcinka płuc, by sprawa uległa wyleczeniu w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu. Skuteczność tej metody leczniczej, którą autor wypróbował z powodzeniem w 5-ciu przypadkach zdaje się nie ulegać wątpliwości. Wnioski jednak Erbricha co do możności zastosowania odmy sztucznej i bronchoskopji i ich wskazań leczniczych, zdaniem naszem nie odpowiadają rzeczywistości. Autor ten utrzymuje mianowicie, iż odmę można zakładać w zgorzeli, która rozwija się na tle uprzednich rozstrzeni oskrzelowych. Nasze liczne spostrzeżenia dowodzą wręcz przeciwnie, iż odma sztuczna w tych przypadkach jest niemożliwa i że upieranie się przy niej prowadzi tylko do śmiertelnych powikłań. Zdaje się, iż właśnie te przypadki będą jaknajlepszym terenem dla bronchoskopji. Słowem, ostra górnopłatowa zgorzel płucna jest wskazaniem do wczesnej odmy sztucznej, w zgorzeli dolnopłatowej, jak to wynika ze spostrzeżeń Erbricha, należy uciekać się do bronchoskopji, tutaj jest również wielce pomocnym neosalwarsan.

Piśmiennictwo.

1) Alsberg: D. med. Woch. 1920, Nr. 17. — 2) Backmeister: Lehrbuch d. Lungenkr., 1921. — 3) Bergmann: Mittl. a. d. Grenzgeb. Bd. 31/3. — 4) Brugsch u. Fraenkel: Kraus u. Brugsch: Spez. Pathol. u. Therapie, Bd. III. — 5) Brüning: Ther. Mon. 1919. — 6) Denéchau: Bull. méd. Bd. 36, 13. — 7) Erbrich: Przegl. laryngol. Nr. 1, 1924. — 8) Forlanini: M. med. Woch. 1910, Nr. 3. — 9) A. Fraenkel: Spez. Pat. u. Ther. d. Lungenkr. — 10) Gerhardt: D. med. Woch. 1913. — 11) Gross: Ther. d. Gegenw. 1912. — 12) Guth: Med. Klin. 1923, Nr. 42. — 13) Harzer: M. med. W. 1917, Nr. 40. — 14) Harvier: Nouveau, Traité d. Med. T. XI. — 15) Jehn: M. m. Woch. 1923/31. — 16) Knappe: Dysk. w Tow. med. społ. dn. 9/IV. 1926. — 17) Körte: Arch. f. Klin. Chir. 1906/85. — 18) Leschke: Berl. ärztl. Ges. 14/II 1917. — 19) Lewin: Komunik. list. Czas. lek. Nr. 3, 1926. — 20) Marjanko: P. Gaz. lek. 1924, Nr. 25. — 21) Martinet: Ther. clinique. — 22) Misiewiczówna: Zbiór Patol. Wewn. 1923. — 23) Morgan: Amer. rev. of tbc. T. 6/5. — 24) Perrin: Presse med. 1919, 15/IX. — 25) Plaut: D. med. Woch. 1920, Nr. 17. — 25) Penzoldt: D. m. W. 1913, s. 915. — 27) Reichmann: M. m. W. 1915, Nr. 28. — 28) Ten sam: D. m. W. 1915, s. 1023. — 29) Rogge: D. m. W. 1918, Nr. 16. — 30) Sauerbruch: Kraus i Brugsch: Spez. Pat. u. Ther. Bd. III. S. — 31) Sokołowski: Wykł. klin. chorób dróg oddech. — 32) Schmidt: M. m. W. 1907, 49. — 33) S. Sterling: Komun. list. (czasop. lek. Nr. 3, 1926). — 34) Strümpell: Spez. Pat. u. Ther. — 35) Weil: Pr. méd. 1922. — 36) Weil, Semelaigue et Coste: Bul. et Mém. d. l. Soc. medic. d. hop. de Paris, 6/III, 1921. — 37) Wolff-Eisner: Berl. ärztl. Ges. 14/II 1917. — 38) Tobiesen: Ztbl. f. Tbcforschung 1919/13.

Dr. A. KOBRYNER. Warszawa.

Organolipazy w surowicy krwi *).

Z oddziału chorób wewnętrznych „Szpitala na Czystem" w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. Stanisław Klein.

Jak wiadomo większość naszych tkanek zawiera lipazy. Wspólną własnością wszystkich lipaz — jest ich zdolność rozszczepiania tłuszczów na kwasy tłuszczowe i glicerynę.

Rona i jego współpracownicy w szeregu prac doświadczalnych stwierdzili, że lipazy, pochodzące z różnych narządów, różnią się między sobą stosunkiem do chininy i atoksylu. A mianowicie: *lipaza surowicy* ludzi normalnych ulega zatruciu pod wpływem minimalnych dawek chininy i atoksylu, wskutek czego traci zdolność rozszczepiania tłuszczów; *lipaza, otrzymywana z wątroby,* jest odporna na działanie chininy i atoksylu (o ile działa on na nią w środowisku surowiczem); *lipaza trzustkowa* jest bardzo wrażliwa na chininę, odporna natomiast na atoksyl; *lipaza nerkowa* jest odporna na chininę, wrażliwa natomiast na atoksyl. Również *lipazy płuca i śledziony* odporne są na chininę, wrażliwe zaś na atoksyl.

To odmienne zachowanie się różnych lipaz w stosunku do trucizn pozwala na różniczkowanie ich i ustalenie, skąd dana lipaza pochodzi.

Wobec tego, że, jak Rona twierdzi, w razie rozpadu schorzałych tkanek lipazy zwalniają się i przechodzą do krwi, można, posiłkując się powyższemi własnościami lipaz, wykryć ich obecność we krwi, co rozumie się, mogłoby mieć duże znaczene rozpoznawcze w przypadkach schorzeń rozmaitych narządów miąższowych.

I rzeczywiście szereg prac, przeważnie ze szkoły Rony, zdawał się te nadzieje potwierdzać, aczkolwiek wśród przypadków, opisanych przez autorów, były pojedyńcze, stojące w sprzeczności z teorją Rony.

Wobec niezmiernej wagi sprawy postanowiliśmy kwestję tę sprawdzić. Posługiwaliśmy się oryginalną metodą Rony, opartą na zasadach stalagmometrycznych, a mianowicie:

Do trzech naczyń, zawierających każde po 1 cm³ surowicy, dodawano do 1-go rozczyn 2 mg chininy w 1 cm³ wody przekroplonej, do 2-go — 2 mg. atoksylu w 1 cm³ wody przekroplonej i do 3-go 1 cm³ wody przekroplonej; do każdego z tych naczyń dodawano po 3 cm³ płynu hamującego razem wstawiono je do cieplarki na 40 minut. W pierwszych dwóch naczyniach swoista lipaza surowicy winna się zatruć, w trzeciem zaś lipaza powinna pozostać czynną. Gdyby się okazało, że badana surowica zawiera prócz normalnej lipazy surowicy jeszcze inne, które są odporne na działanie trujące chininy lub atoksylu, wtedy odpowiednia próbka surowicy, pomimo zatruwania, winna byłaby również, jak surowica zmieszana z wodą (w 3-cim naczyniu) zostać czynną.

Za obecnością czynnej lipazy przemawia doświadczenie następujące: po 40-minutowem przebywaniu w cieplarce do każdego z 3-ch naczyń dodawano po 50 cm³ rozczynu trójbutyryny, przygotowanego każdorazowo *ex tempore* w ten sposób, iż do 500 cm³ wody przekroplonej dodawano 3 krople trójbutyryny i mieszano w ciągu 1 godz., poczem filtrowano i filtratu używano, jako rozczynu trójbutyryny.

W 2—3 minuty po dodaniu rozczynu trójbutyryny do surowicy określaliśmy za pomocą pipet (stalagmometru) Rony-Michaelis'a w każdem naczyniu liczbę kropli płynu, odpowiadającą stałej objętości pipety (do każdego naczynia używana była oddzielna pipeta). Takie same określenia powtarzano po 30', 60', 90' — prze-

---

*) Wygłoszono na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

bywania mieszaniny w cieplarce. W tych naczyniach w których lipaza została czynna winna była trójbutyryna rozszczepić się na glicerynę i kwas butyrynowy, co powoduje wzrost napięcia powierzchniowego, a więc zmniejszenie się liczby kropli w pewnej stałej objętości. Ponieważ różni autorzy różnie podają maksymalną liczbę kropli, która jeszcze nie świadczy o rozszczepieniu, przyczem nie podają w jaki sposób tę liczbę określali, musieliśmy sami ją ustalić. W tym celu surowicę inaktywowano (24 g. przy 55°) i takiemi surowicami przerabiano próby z atoksylem, chininą i wodą; przyczem przekonaliśmy się, że żadna z nich nie fermentowała i że zmniejszenie liczby kropli o 5 (obliczono na 100-kroplową pipetę Rony-Michtelis'a) jest maksymalne, nie świadczące jeszcze o rozszczepieniu.

Poniżej przytoczone przypadki, szczególnie te, w których dzięki operacji lub sekcji mogliśmy się naocznie przekonać, który narząd był schorzały, pozwolą nam do pewnego stopnia ocenić kliniczno-rozpoznawcze znaczenie metody Rony.

nych przyp. przypuszczenia Rony nie potwierdziły się i metoda wykrywania obcych surowicy fermentów nie była w stanie ustalić rozpoznania.

W przypadku 1-ym operacyjnie stwierdzono guz trzustki, który uciskał przewód żółciowy wspólny, powodując żółtaczkę. Po operacji, polegającej na usunięciu zastoju żółci, żółtaczka szybko znikła. W tym przypadku mieliśmy do czynienia z zajęciem tylko trzustki, gdyż po operacji żółtaczka szybko znikła; powinni bylibyśmy się spodziewać atoksyloodpornej lipazy; stwierdziliśmy natomiast chininoodporną lipazę. Jeżeli nawet przypuścimy, że i wątroba była wciągnięta w proces chorobowy, to i wtedy powinni byliśmy się spodziewać chinino- i atoksyloodpornej lipazy.

W przypadku 2-im rozpoznanie kliniczne potwierdziła operacja. Ponieważ żółtaczka pochodziła od ucisku guza na wspólny przewód żółciowy, więc niema w tym przypadku podstawy do przypuszczenia schorzenia wątroby, jako przyczyny żółtaczki. Wobec istnienia guza trzustki powinniśmy się byli spodziewać tylko

A. Przypadki schorzeń wątrobowych.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	B-n	Cholangitis Icterus	122	123	121	120	106	107	108	106	118	114	111	108
2	M-j	Intumescentia hepatis. Icterus	109	109	108	108	114	113	112	111	109	105	102	102
3	F-n	M. Banti	124	124	122	120	127	125	124	122	122	109	103	102
4	G-n	Cirrhosis hepatis hypertrophica. Diabetes mellitus	133	131	129	124	117	117	116	115	125	117	109	103
5	F ka	Cholecystitis et cholangitis purulenta	122	123	121	120	105	107	108	106	118	114	111	108

W pierwszym przypadku wobec niewątpliwego schorzenia wątroby powinnaby była być obecną w surowicy lipaza chinino- i atoksyloodporna. Stwierdziliśmy natomiast tylko normalną surowiczą lipazę.

W przypadku drugim mieliśmy powiększoną wątrobę z żółtaczką i niewielki guz w dołku podsercowym tuż przy prawym łuku żebrowym. Dokładnego rozpoznania nie ustalono, gdyż chory nie chciał się poddać operacji; podejrzewano guz, wychodzący z trzustki. Zgodnie z przypuszczeniem Rony powinni bylibyśmy się spodziewać albo chinino- i atoksyloodpornej lipazy, gdybyśmy mieli do czynienia ze schorzeniem tylko wątroby lub wątroby i trzustki, lub też atoksyloodpornej lipazy, gdyby schorzenie ograniczyło się tylko do trzustki. I w tym przypadku stwierdziliśmy tylko normalną surowiczą lipazę.

W przypadku 3-im rozpoznanie kliniczne potwierdzone było badaniem histopatologicznem usuniętej śledziony i wycinka z wątroby. Wobec zmian patologicznych w wątrobie, śledzionie należało się spodziewać chinino- i atoksyloodpornej lipazy; stwierdziliśmy natomiast tylko normalną surowiczą lipazę.

W przypadku 4-ym wobec niewątpliwych zmian w wątrobie również powinniśmy się byli spodziewać chinino- i atoksyloodpornej lipazy; stwierdziliśmy jedynie chninoodporną lipazę.

W przypadku 5ym badanie pośmiertne dało wynik następujący: *Cholecystitis et cholangitis purulenta*; *cirrhosis hepatis biliaris*; *pancreatitis chronica interstitialis; glomerulonephritis; tbc. miliaris pulmonum; tumor lienis acutus.*

Wobec rozległych zmian patologicznych w wątrobie, w trzustce, w śledzionie, w nerkach i płucach powinniśmy się byli spodziewać chinino- i atyksoloodpornej lipazy; stwierdziliśmy tylko normalną surowiczą lipazę. Widzimy więc, że w żadnym z przytoczonych przyp. przypuszczenia Rony nie potwierdziły się i metoda

atoksyloodpornej lipazy. Gdybyśmy nie posiadali innych metod rozpoznawczych, lub gdyby one nie były w stanie wyświetlić nam rozpoznania w tym przypadku, metoda wykrywania obcych surowicy lipaz (organolipaz) nie wiele by nam tu pomogła, a wobec wykrycia obuodpornej lipazy, moglibyśmy tutaj przyjąć, że mamy do czynienia z chorą wątrobą. Fakt ten, że lipazy różnych narządów (śledziona, płuca, nerki i t. d.) mają wspólną z lipazą wątroby cechę — odporność na działanie chininy; z drugiej strony — że lipaza wątrobowa ma wspólną z lipazą trzustkową cechę — odporność w stosunku do atoksylu, — czyni tą metodę klinicznie mało wartościową, tembardziej wobec często napotykanego jednoczesnego schorzenia kilku narządów.

Muszę tutaj podkreślić jeszcze zasadniczy błąd, popełniony przez wielu badaczy, zajmujących się sprawdzaniem w klinice badań Rony. Prawie wszyscy oni przeprowadzali swoje badania w ten sposób, że w przypadkach z objawami wątrobowemi szukali lipazy chininoodpornej, z objawami trzustkowemi — atoksyloodpornej i t. d.

Rona fakty przez siebie wykryte oddał klinice do sprawdzania, nie przesądzajac wyników. Więc w każdym poszczególnym przypadku należało sprawdzić, czy wogóle są lipazy w surowicy i jak się one zachowują w stosunku do chininy i do atoksylu. W badaniach wszystkich autorów lipaza wątrobowa figuruje tylko jako chininoodporna, kiedy sam Rona stwierdził, że w środowisku surowiczem jest ona chinino- i atoksyloodporną. Gdyby autorzy wyżej podane okoliczności uwzględniali w swoich badaniach, to być może nie otrzymywaliby tak świetnycn wyników, których my, niestety, potwierdzić nie mogliśmy.

W przypadkach 2 i 4 niewątpliwie były duże zmiany miąższowe w nerkach; więc powinniśmy byli wykryć lipazę chinino-

B. Przypadki schorzeń trzustki.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	S.	Tumor pancretis cum ictero e compr.	130	127	125	121	113	113	112	109-	—	—	—	—
2	H.	Tumor pancr. cum ictero e compress.	133	133	126	123	131	129	124	123	125	115	109	106

C. Przypadki schorzeń nerkowych.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	B.	Nephritis chr. Uraemia	123	123	122	122	105	105	105	105	115	114	114	109
2	G	Nephrosis	123	123	123	122	105	106	106	106	117	113	109	107
3	F.	Degeneratio cystica renum, uraemia	128	128	126	125	110	112	110	110	121	113	107	104
4	Bl.	Intoxic. $HgCl_2$ Anuria	123	123	123	121	127	—	127	125	123	111	107	102

D. Przypadki schorzeń płuc.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	G.	Tbc. pulm. III	129	123	123	122	105	106	106	106	117	113	107	104
2	C.	Tbc. pulm. III	126	125	124	123	130	129	127	126	125	112	106	101

odporną. Jak widzimy we wszystkich przytoczonych przypadkach stwierdziliśmy tylko normalną surowiczą lipazę.

W obu tych przypadkach mieliśmy niewątpliwy rozpad tkanki płucnej, więc powinniśmy byli się spodziewać chininoodpornej lipazy. Stwierdziliśmy tylko normalną surowiczą lipazę.

E. Przypadki schorzeń krwi.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	Z.	Myelosis leukaem.	127	127	125	124	109	109	108	107	126	113	104	104
2	Sz.	Anaemia pernic.	117	117	117	115	101	101	101	101	113	109	104	104
3	L.	Trombopenia essent.	119	119	118	118	102	102	102	101	112	104	101	101

W tych trzech przypadkach stwierdziliśmy również tylko normalną lipazę surowicy. Musimy tutaj nadmienić, że przeprowadziliśmy odpowiednie badania, które wykazały, że zmobilizowana surowica krwi normalnie zawiera tylko normalną surowiczą lipazę. Natomiast krew całkowita zawiera chininoodporną lipazę.

Dlatego też odpipetowaną po skurczeniu się skrzepu na pozór czystą surowicę poddawaliśmy mocnemu wirowaniu w elektrycznej wirówce, oddzielając w ten sposób minimalne domieszki erytrocytów, które zawsze się okazywały. W ten sposób oczyszczone surowice używałem do wszystkich swoich badań.

We wszystkich tych przypadkach, jak widzimy, stwierdziliśmy tylko normalną surowiczą lipazę.

Na zasadzie wyżej przytoczonych badań stwierdzamy:

1. że należy zachować wielką rezerwę w sprawie znaczenia rozpoznawczego metody wykrywania organolipaz w surowicy krwi,

2. że w żadnym z badanych przez nas przypadków metoda ta nie była w stanie dać nam odpowiedzi na zajmujące nas pytanie,

3. że być może przy dalszych studjach okaże się, że będzie ona miała znaczenie pomocnicze tylko w pewnej bardzo ograniczonej grupie przypadków.

F. Inne stany chorobowe.

N	Nazwisko	Rozpoznanie	Chinina				Atoksyl				Woda			
			3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'	3'	30'	60'	90'
1	Do-b	Gastroptosis	131	131	130	128	113	113	114	112	134	121	120	117
2	Gas-man	M. Based.	130	130	129	128	110	110	109	108	128	115	111	107
3	Gl-man	Endocarditis acuta	132	133	132	133	98	98	98	98	125	121	114	111
4	Z-man	Diabetes m.	125	125	125	124	108	109	108	109	120	108	103	102
5	St-ka	Hypertonia essentialis	128	127	126	125	109	109	108	108	121	109	105	103
6	Ow-s	Colitis	130	129	126	125	114	114	112	110	125	109	104	103

Piśmiennictwo.

1) Baer Hans: Kl. W., Nr. 31, 1923. — 2) Bloch Ernst: Kl. W., Nr. 28, 1923. — 3) Block: Kl. W., Nr. 39, 1923. — 4) Broeckmeyer I.: Kl. W., Nr. 20, 1924. — 5) Hecker Elisabeth u. Vierhaus Josefa: Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Bd. 38, H. 5, 1924. — 6) Herzfeld Ernst u. Engel Werner: Bioch. Z., Bd. 151, H. 3/4, 1924. — 7) Krömecke: Kl. W., Nr. 34, 1923. — 8) Marcus Max: Kl. W., Nr. 29, 1923. — 9) Meyer, Walter B., u. Jakob Jahr: Grenzgebiete der Medicin u. Chirurgie", Bd. 38, H. 2, 1924. — 10) Petow u. Schreiber: Kl. W., Nr. 27, 1923. — 11) Rona u. Bach: Bioch. Z., Bd. 111, 1920. — 12) Rona, Petow u. Schreiber: Kl. W., Nr. 48, 1921. — 13) Rona u. Reinicke: Bioch. Z., Bd. 118, 1921. — 14) Rona u. Pavlović: Bioch. Z., Bd. 130, 1922. — 15) Rona u. Pavlović: Bioch. Z., Bd. 134, 1922. — 16) Rona u. Takata: Bioch. Z., B. 134, 1922. — 17) Rona u. Haas: Bioch. Z., Bd. 141, 1923. — 18) Rona

u. Lasnitzki: Kl. W., Nr. 22, 1924. — 19) Rona u. Petow: Bioch. Z., Bd. 146, H. 1/2, 1924. — 20) Rona u. Lasnitzki: Bioch. Z., Bd. 152, H. 5/6, 1924. — 21) Shinoda Güchi: Pflüg. Arch. f. d. gesam. Physiologie, Bd. 203, H. 1/4, 1924. — 22) Simon Hans: Kl. W., Nr. 16, 1924. — 23) Willstätter Richard u. Friedrich Memmer: Hoppe-Seylers Zeitschr. für phys. Chemie, Bd. 138, H. 3/6, 1924. — 24) Wohlgemuth J.: Grundriss der Fermentmethoden, 1913.

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. L. KORCZYŃSKI. Kraków.

O kiłowych schorzeniach narządów wewnętrznych.

Ciąg dalszy.

II.

Kiłowe schorzenia płuc.

O obecnem stanowisku *anatomji patologicznej* wobec kiły płuc objaśnia bardzo dobrze praca Rösslego z r. 1918. „O ile chodzi o makroskopowe znamiona kiły płuc — pisze Rössle — to jestem zdania, że są one najmniej pewne w tych postaciach, które się odznaczają najgrubszemi zmianami. Należą do nich postać rozpadowa *(phtisis pulmonum luetica cavernosa)* i postać kilakowa *(gummata pulmonum)*. Rozpoznanie kiłowej przyrody zmian z ich wejrzenia jest prawie niemożliwe. Do odróżnienia kilaków od gruzełków służą znane, wcale już pewne kryterja".

„Podobnie, jak kilaki i jamy, należy także do rzadkości powstające z nich płatowe zwłóknienie płuca *(pulmo lobatus* Virchova). Stosunkowo częściej spotkać można zbliznowacenia bez zmian kształtu płuca. Pochodzi to stąd, że tak kilaki jak jamy sadowią się zazwyczaj w głębi płuca, a nie w jego częściach podopłucnowych. Wobec tego zajmują także i blizny części środkowe. Do zmiany kształtu płuca niema warunków mechanicznych".

„Za odrębną postać kiły płuc nie należy uważać rozstrzeni oskrzelowych, spotykanych niezbyt rzadko. Przedstawiają one typ rozstrzeni, powstających skutkiem niedodmy lub marskości".

„Jedno ze znamion kiłowego stwardnienia płuc *(pneumonia interstitialis luetica — syphilis pulmonum indurativa* — Orth, — *sclerosa* Mauriac) — tworzy bardzo małą ilość barwika, tzw. antrakotycznego".

„Przeciwnie, jak kilaki i kiłowe owrzodzenia, oraz, dalsze ich następstwa, grube postronkowate blizny, jak niemniej kiłowe rozstrzenie oskrzeli, spotykane we wszystkich płatach, rozpościerają się pasmowate, delikatne blizny, cechujące stwardnienie płuc, tak w samym miąższu, jak wzdłuż okołooskrzelowych naczyń chłonnych, ze szczególnem upodobaniem w płatach dolnych i w płacie środkowym prawego płuca. Rozprzestrzenianie się zmian na wszystkie płaty należy do rzadkości. Bardzo często ograniczają się zmiany tylko do pewnych części dolnych płatów".

„Kiłowe stwardnienie płuc przypomina, bardzo żywo tzw. białe zapalenie płuc *(pneumonia alba)* noworodków przez nierównomierne rozmieszczenie zgrubień przegród między pęcherzykowych. Istotę zmian trudno ocenić zarówno u dzieci, jak u dorosłych w przypadkach, powikłanych przez inne sprawy płucne, m. i. przez zapalenie płuc. Wobec częstości powikłań i wobec rozpowszechnionego mniemania, że zmiany kiłowe w płucach nie odznaczają się swoistemi cechami zapoznaje się je, aż nazbyt często. Ale twierdzenia, że cech swoistych niema, nie można odnosić do wszystkich postaci kiły płucnej. Posiada je w każdym razie kiłowa marskość płuc. (Die interstitielle syphilitische Pneumonie der Erwachsenen ist ein Krankheitsprozess von starker Eigenart). Zazwyczaj towarzyszą jej kiłowe schorzenia innych narządów. Ale nawet bez tego korzystnego zbiegu okoliczności, ułatwiającego należytą ocenę zmian w płucach, można z samego tylko obrazu anatomicznego płuc rozpoznać należycie ich kiłowe pochodzenie".

Opierając się na wynikach badań anatomicznych stworzyła także i klinika *podziały kiłowych schorzeń płuc*. Swoją prostotą zalecają się zwłaszcza podziały A. Sokołowskiego i Schlesingera. Sokołowski odróżnia: 1. postać ogniskową, 2. postać rozpadową, 3. postać sklerotyczną. W podziale Schlesingera mieszczą się 1. postać kilakowa i rozpadowa *(syphilis pulmonum gummosa et ulcerosa)*, 2. pierwotna postać włóknista *(pneumonia interstitialis chronica bronchiectatica)*, 3. postać rozlanego nacieku płatowego *(infiltratio pulmonum luetica lobaris)*. Jeszcze prostszy jest podział Aufrechta. Mamy w nim 1. kiłowy naciek *(pneumonia syphilitica chronica lobaris)* i 2. marskość płuc *(induratio chronica hyperplastica)*, łącząca się często z kilakami.

Nieco inaczej ujmuje sprawę podziału kiły płuc Dieulefoy'a, wprowadzając czynnik kliniczny. W podziale tym mieści się 5 postaci: 1) kiła płuc *(syphiloma pulmonum)* o przebiegu, naśladującym przebieg ostrej gruźlicy, 2) kiła płuc *(syphiloma pulmonum)* o przebiegu gruźlicy przewlekłej w okresie tworzenia się jam, 3) kiła płuc, odznaczająca się zwłóknieniem płuc *(syphiloma bronchopneumonicum scleroticans et sclerogummosum)* z rozstrzenią oskrzeli lub bez niej, z zapaleniem lub bez zapalenia opłucnej, 4) kiłowe zapalenie opłucnej samoistne lub złączone z kiłowemi zmianami w płucach, 5) kiła płuc *(pneumopathia luetica)*, powikłana z gruźlicą.

Z doświadczeń anatomji patologicznej dowiedzieliśmy się, że na stole sekcyjnym stosunkowo najczęściej zdarzają się *przypadki kiłowej marskości płuc*, i że anatomiczne rozpoznawanie tej postaci nie sprawia zazwyczaj większej trudności. W podobny sposób ocenia tę sprawę także medycyna kliniczna.

Do rozjaśnienia objawów, towarzyszących kiłowej marskości płuc, przyczyniły się wprost zasadniczo badania roentgenologiczne. Według Groedla zwracają uwagę w obrazach zdjęć roentgenologicznych delikatne pasmowate cienie, wychodzące z okolicy wnęki płuc, z ugrupowanemi wzdłuż nich cieniami bryłkowatemi, o nieregularnych obrysach, wielkości zmian grochu, a nawet bobu. Cieni tych znachodzi się więcej w dolnych płatach, więcej po stronie prawej, aniżeli po lewej. Najczęściej można dostrzec poza dobrze odgraniczonemi cieniami lekkie bardziej rozlane ściemnienie wszystkich płatów.

Najwcześniejszy i bardzo przykry dla chorych objaw choroby tworzy uporczywy, niezwykle męczący kaszel, połączony zawsze ze znaczną dusznościa. Tak kaszel jak duszność zjawiają się pospolicie w postaci napadów i składają się na obraz, podobny do obrazu dychawicy oskrzelowej.

Objawy przedmiotowe są z początkiem choroby bardzo nieznaczne i nie przedstawiają same przez się nic cechującego. W każdym razie zwracać powinien uwagę niestosunek między błahością objawów nieżytu, a bardzo znaczną dusznością.

Jako przykład, ilustrujący wcale dobrze obraz i przebieg kiłowej marskości płuc we wczesnym jej okresie, może posłużyć spostrzeżenie z b. mojego oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu sarajewskim.

Gjorgio G. 23-ch letni wieśniak bośniacki zgłosił się do szpitala 3. V. 1914., podając, że już od dłuższego czasu męczą go kaszel i duszność. W ciągu paru ostatnich tygodni wzmogły się te przypadłości tak bardzo, że chory dusi się wprost wśród napadów. Miernej duszności doznaje stale. Wywiady co do kiły ujemne.

Stan obecny. Budowa ciała dobra. Skóra i błony śluzowe blade, sinawe. Na skórze klatki piersiowej po stronie prawej promienista blizna wielkości dłoni dziecka. W przegubach łokciowych i na karku, liczne, niewielkie, twarde gruczoły chłonne. Oddech nasilony przy wybitnym współudziale pomocniczych mięśni oddechowych, z bardzo wyraźnem wdechowem zapadaniem się międzyżebrzy, łuków żebrowych i dołka sercowego. Poruszalność klatki piersiowej słaba. W okolicy wnęki płuc przytłumienie odgłosu wypukowego. Szmery oddechowe zakryte przez furczenia i gwizdy. W innych narządach nie można wykazać ważniejszych zmian. Odczyn Bordet-Wassermanna bardzo wyraźny.

Po energicznem leczeniu przeciwkiłowem bardzo szybka, wprost zdumiewająca poprawa. Już po dziesięciu dniach zniknęła zupełnie duszność; kaszel zjawiał się rzadko i nie męczył chorego. Wobec usilnego nalegania chorego wypisano go z szpitala 16. V., a więc po niespełna 2 tygodniowem leczeniu.

Dwa przypadki, podobne do naszego, opisał w r. 1924. A. Gluziński, szkicując równocześnie bardzo cechujący obraz zmian na zdjęciach roentgenologicznych.

Przytoczone przed chwilą przykłady pokazują namacalnie, jak wielkie znaczenie posiada wczesne rozpoznanie kiłowej marskości płuc i energiczne jej leczenie. Dobry wynik nie ulega tu niemal żadnej wątpliwości.

O wiele poważniej przedstawia się sprawa w przypadkach zaniedbanych, w których na tle przewlekłych zapaleń tkanki śródpiersia powstały zrosty i blizny, ujmujące sobą, jakby ramionami sąsiednie narządy, n. p. tchawicę, wielkie naczynia, przełyk nerwy. Jako następstwo blizn i zrostów płaskich powstają zmiany kształtu klatki piersiowej i częściowe jej znieruchomienia; zrosty i blizny pasmowate tworza przyczynę przesunięcia narządów śródpiersia, zwężeń tchawicy, przełyku zaciśnięć naczyń krwionośnych, niekiedy przewodu piersiowego, ucisku pni nerwowych i t. d.

Obrazy choroby różnią się między sobą w pojedynczych przypadkach wcale znacznie — zjawisko samo przez się zrozumiałe wobec zmiennego usadowienia i zmiennej rozciągłości blizn i zrostów. Wspólną cechę wszystkich przypadków tworzą bardzo znaczna duszność i męczący kaszel. Na osobną wzmiankę zasługują niekiedy bardzo nawet znaczne wzniesienia ciepłoty.

Rozpoznanie sprawia prawie zawsze znaczne trudności i to nawet wtedy gdy o zmianach w klatce piersiowej objaśniają zdjęcia Roentgenowskie. Niemałą pomocą może być obecność zmian kiłowych w innych narządach, zwłaszcza w aorcie i w wątrobie. Na szczegóły te zwraca u nas uwagę ze szczególnym naciskiem bardzo słusznie A. Gluziński w pracy, zamieszczonej w 1-ym tomie Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Wprost przeciwnie, jak kiłowa marskość płuc, która już w samym początku swojego rozwoju sprawia wyraźne dolegliwości chorym, a objawami swoimi zwraca logikę rozpoznawczą lekarza na właściwe tory, odznaczają się ściśle ograniczone *kilakowe schorzenia płuc* zwykle dość długo skrytym przebiegiem. Objawy płucne, są zawsze bardzo nieznaczne, nie męczą i nie niepokoją chorych. W stanie ogólnym niema najczęściej również ważniejszych zaburzeń. Stany gorączkowe zdarzają się względnie rzadko. Toteż rozpoznanie kilaków płuc, niepowikłanych kiłowemi schorzeniami innych narządów, poczytywać trzeba raczej za rzecz przypadkową. Nieodzowny warunek rozpoznania tworzy dobry obraz roentgenowski chorego płuca.

Korzystniejsze warunki nastają dla rozpoznania dopiero wtedy, gdy choroba z postaci kilakowej *(f. gummosa)* przechodzi w postać rozpadową *(f. gummosoulcerosa)*. Powstaje wtedy obraz choroby płucnej z kaszlem, dość często z krwiopluciem, zwykle tylko nieznacznem, z odkrztuszaniem plwociny śluzowo-ropnej, niekiedy nawet cuchnącej. U niektórych chorych rozwija się jako dalsze następstwo sprawy płucnej zapalenie opłucnej, nawet z bardzo znacznym wysiękiem.

Z kilakami płuc, w okresie poczynającego się rozpadu, spotkałem się zaledwo dwa razy. Jeden z tych przypadków był powikłany kiłowemi schorzeniami serca i wątroby, w drugim nie było żadnych powikłań[1]).

Topograficzną cechę kilaków płuc tworzy sadowienie się ich w płatach dolnych, zwłaszcza w prawym, a może częściej jeszcze w środkowym płacie prawego płuca.

Godzi się wreszcie wspomnieć o względnie częstem wikłaniu się kiły z gruźlica płuc. Wszyscy niemal autorzy, którzy mieli sposobność spostrzegać obie choroby obok siebie, zaznaczają zgodnie z Rindfleischem, że zmiany kiłowe wywierają na sąsiadujące z niemi ogniska gruźlicze, przez powstawanie okolnych blizn, wpływ korzystny.

W związku z wzmianką o gruźlicy nie zawadzi zwrócić uwagę na spostrzeżenia z wiedeńskiej kliniki chorób wewnętrznych z czasów Neussera, opisane przez R. Bauera, gdzie na tle kiłowej sprawy w gruczołach oskrzelowych rozwinął się obraz kliniczny, przypominający bardzo żywo przebieg gruźlicy gruczołowej. Przypadków tego rodzaju znalazłoby się zapewne więcej, gdyby o kile, jako o czynniku etjologicznym schorzeń narządów wewnętrznych, myślano częściej i powszechniej, aniżeli się to dziać zwykło.

Bardzo tylko niewiele powiedzieć możemy o postaci kiły płuc, określanej mianem białego zapalenia płuc *(pneumonia alba)*. U dorosłych zdarza się według spostrzeżeń anatomów tylko wyjątkowo. Poznano ją dokładnie dzięki sekcjom kiłowych noworodków, gdzie przedstawia bardzo pospolite zjawisko. Klinicznych spostrzeżeń o tej postaci u dorosłych nie posiadamy dotychczas zupełnie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Leczenie spraw gruźliczych Aurosanem.

Sanatorjum im. Drów Dłuskich. Dyrektor: Dr. L. A. Dobrowolski.

Mölgaard doświadczeniami swemi nad wpływem nowego preparatu złota, nazwanego przez siebie Sanokryzyną, żywo poruszył świat nie tylko lekarski, ale całe legjony ludzkości, zwłaszcza tych, którzy sami lub ich najbliżsi cierpieli na gruźlicę. Dawno już nie spoglądano z takim optymizmem na żaden z leków, jak to miało miejsce z Sanokryzyną. Ludzie różnych sfer, tłumnie biegli do swych lekarzy, gotowi poświęcić ostani grosz, by tylko u nich leczenie tym preparatem przeprowadzić. Tu i ówdzie odzywały się głosy, że wkrótce przyjdzie pozamykać wszystkie sanatorja dla chorych gruźliczych, gdyż zabraknie kandydatów do nich. Nie długo jednak, bo zaledwie kilka miesięcy trwał ten okres ułudy; okres prób i doświadczeń przyniósł nie tylko wiele rozczarowań, ale dał w rezultacie i szereg ofiar. I zamiast zaufania powstała niechęć, potęgowana z tygodnia na tydzień, stwarzając nieprzegięte uprzedzenie. Stan ten zrodziło nieodpowiednie stosowanie tego leku, zarówno pod względem doboru przypadków, jak i dawkowania. Mölgaardowi przyświecał cel leczenia gruźlicy za pomocą chemjoterapji bakterjobójczej — zadziałania na prątki gruźlicze. W związku z tym stosował on zbyt duże dawki (0,5—1 gr.), które okazały się nie tylko nie obojętnemi dla ustroju, ale wprost niebezpiecznemi. Te duże dawki sanokryzyny, powodując duży rozpad wielkiej ilości prątków, zmusiły go dla zapobieżenia skutkom tego rozpadu, do zastosowania niemniej groźnej surowicy, którą jednak w następstwie sam zarzucił. Również i chorzy którzy podlegali temu leczeniu — byli to osobnicy przeważnie beznadziejni i wyczerpani długotrwałem cierpieniem. To były momenty, które zdyskredytowały metodę. Pragnąc osobiście przekonać się o wartości tego preparatu złota, zacząłem przeprowadzać stosowanie tego preparatu, tembardziej, że rozporządzałem odpowiednim materjałem chorych zarówno pod względem jakościowym jak i ilościowym. Niestety jednak ilość kopenhaskiej sanokryzyny z trudem zdobytej wyczerpała się, skorzystałem ochotnie z nadesłanych mi przez Spiessa preparatu Aurosanu. U kilku więc chorych (4) rozpoczętą kurację sanokryzyną, kontynuowałem aurosanem; przypadek więc dał mi możność bezwiednego porównania obu środków. Żadnych różnic, nie zauważyłem. Zachęcony temi wynikami, postanowiłem przeprowadzić badania nad znaczeniem aurosanu na większej ilości chorych.

Już na tem miejscu mogę stwierdzić że żadnych różnic, ew. mogących wyniknąć (u chorych, którzy mieli rozpoczętą kurację sanokryzyną) wskutek zmiany środka nie zauważyłem; Aurosan jest złożoną solą tiosiarczanu sodowego złota, jest rozpuszczalny w wodzie, nierozpuszczalny w alkoholu i eterze, krystalizuje w postaci igiełek. Wzór chemiczny $Au\,S_2O_3Na_2S_2O_3$ zawiera złota 37%. Wodny roztwór, daje odczyn obojętny, nie dając reakcji na jon złota. Kwasy jak również alkalja, przy ogrzaniu, powodują wydzielanie się metalicznego złota, pod postacią brunatnego osadu. Wzór chemiczny wskazuje, że złoto jest mocno związane z tlenem, a nie z siarką; połączenie trójwartościowe złota z tlenem zapobiega powstawaniu w ustroju wolnych jonów metalowych, które mogą prowadzić do zatrucia tkanek — to korzystne połączenie pozwala na stosowanie tego środka, bez jakiejkolwiek bądź obawy o szkodliwe następstwa dla samego organizmu ludzkiego.

Wartości bakterjobójcze Aurosanu jak wykazały badania, wobec prątków Kocha są wielkie. W rozczynie 1/100,000 prątki ginęły, a roztwory 10 razy słabsze powodowały zahamowanie ich rozwoju. Kurację Aurosanową stosowałem u 47 osobników, których zmiany płucne były różnego charakteru. Przy tej kuracji często borykać się musiałem i zwalczać u wielu chorych uprzedzenia do preparatów złotowych; szczęśliwie jednak próby te wypadły naogół dość pomyślnie, dając mi przez to możność podzielenia się swojemi wynikami. Wszyscy chorzy podczas przeprowadzania kuracji większą część dnia spędzali w pozycji leżącej (5—7 godzin dziennie) przeważnie na werandzie, na odkrytem powietrzu Wszyscy prawie bez wyjątku otrzymywali zwykłe pożywienie sanatoryjne (6 razy dziennie posiłki o wartości kalorycznej 4500 kalorij dziennie). By nie wprowadzać ubocznych czynników starałem się by całe leczenie ograniczyło się wyłącznie tylko do Aurosanu, i wyjątkowo niektórzy otrzymywali środki działające objawowo jak: codeina, aspiryna, brom i t. p. Gorączkę wszyscy mierzyli 8 razy dziennie, co dwie godziny; tętno raz dziennie. Co dziesięć dni badano bakterjologicznie plwocinę (uwzględniając i włókna sprężyste), krew morfologicznie i opadanie krwinek czerwonych. Ilość plwociny była określaną co 24 godziny. Badanie roentgenologiczne przeprowadzałem, podczas kuracji, dwa razy u każdego chorego: raz na początku kuracji, drugi raz na końcu. Mocz u wszystkich chorych bez wyjątku był badany codziennie, w dniu zabiegu 2 razy — przed i w 5 godzin po zabiegu. Próba białkowa moczu wykonywana była przez zwykłe zagotowanie moczu w probówce i dodanie rozcieńczonego kwasu octowego w razie stwierdzenia białka tą próbą, ilościowe określenie wykonywano metodą Esbacha. Do tej kuracji wybierałem w pierwszej linji chorych, u których przeważnie obustronna sprawa płucna nie pozwalała na zastosowanie odmy opłucnowej, a sam charakter sprawy był względnie świeży, następnie byli też chorzy ze zmianami jednostronnemi czynnemi, przeważnie o typie serowato-włóknistym, wreszcie osobnicy z nacieczeniami szczytów płucnych niezbyt rozległemi. Starałem się unikać, stosowania kuracji tej u osobników będących w stanie wyniszczenia gruźliczego. Aurosan stosowałem wyłącznie za pomocą wlewań dożylnych. Same wlewania robiłem przeważnie w pozycji siedzącej, wpuszczając wolno zawartość strzykawki. Wprowadzenie tego leku pod skórę, może spowodować miejscową zgorzel. Ampułkę z zawartością 0,1 Aurosanu rozpuszczałem w 2 gramach wody. Dawkę początkową uzależniałem od postaci samych zmian płucnych i związanego zwykle z temi, stanu gorącz-

---

[1]) Zob. Prz. Lek. 1910 i Derm. Wochschft. 1918.

kowego. Osobnicy z niewielkiemi zmianami i stanem podgorączkowym otrzymywali jako pierwszą dawkę 0,05 gr. Aurosanu, przy sprawach więcej czynnych i zaawansowanych (ze stanem nawet gorączkowym) rozpoczynałem kurację od dawki 0,025. Następne wlewania powtarzałem w odstępach tygodniowych, odpowiednio powiększając dawkę; starałem się tak przeprowadzać kurację by po dawce nie otrzymywać podwyższenia ciepłoty. Przy najmniejszem podwyższeniu ciepłoty, następnej dawki nie podwyższałem, dawałem jednak po ustaniu wszelkich objawów odczynowych. Przeważnie używałem następującej kolejności w dawkowaniu: 0,025; 0,05; 0,075; 0,1; 0,1; 0,12; 0,15; 0,175; 0,20; najwyższą dawkę jaką stosowałem była 0,25. Rzadko stosowano stosunkowo te duże dawki, mimo to jednak czasem wywoływały reakcję.

Z reakcyj tych zaobserwowanych, bezpośrednio po zabiegu, wymieniam:

Reakcję nerwową.
Reakcję termiczną.
Reakcję narządów trawienia.
Reakcję nerkową.
Reakcję skórną.

Reakcja nerwowa — wystąpiła u 3 osobników podczas lub po zabiegu, przejawiając się pod postacią mdłości i wymiotów; u jednej osoby zaobserwowałem (jak podawała) uczucie gorąca w szyi i ustach.

Reakcja cieplna — przejawiała się podwyższeniem ciepłoty o 1—3 stopnie występowała w ½ do kilku godzin po zabiegu, przedstawiając się różnie co do czasu trwania; od kilku godzin do kilku dni, opadając przytem wolno.

Reakcja z narządów trawienia — wymioty, odbijanie, rozwolnienia wystąpiły u dwóch osób i trwały zaledwie jeden dzień.

Reakcja nerkowa — pod postacią białkomoczu wystąpiła zaledwie u 4 osób, trwając 1—2 dni; wystąpiło to jednak przy większych dawkach, i ustępując w stosunkowo krótkim czasie nie pozostawiały jakichkolwiek śladów.

Reakcja skórna i stawowa. — Najczęściej stwierdzałem występowanie reakcji stawowo-skórnej (4 przypadki). Reakcja skórna występowała pod postacią rozlanej wysypki, najczęściej na kończynach dolnych i górnych, (raz na tułowiu) występującej pod postacią podobną do zwyczajnej pokrzywki. Wysypka ta występowała po kilku godzinach względnie 2—3 dniach; trwała zazwyczaj kilka dni do tygodnia. Najczęściej ze sprawą wysypkową łączyła się dolegliwość stawowa i dość często swędzenie. Prawie wszystkim tym sprawom towarzyszyły objawy bólowe w stawach więcej lub mniej nasilone, i w jednym tylko przypadku stwierdziłem intensywniejszy ból, że nawet trzeba było uciekać się do preparatów salicylowych. I te jednak objawy znikały, również nie dając żadnej pozostałości.

Wpływ aurosanu na organizm gruźlika.

Pomijając objawy płucne otrzymałem u 35 chorych przybytek na wadze 2—8 kilo w przeciągu 2—3 miesięcy; 4 chorych straciło na wadze od 2—4 kilo tylko jeden z chorych stracił na warze 6,5 kilo, u pozostałych chorych nie zauważyłem żadnych różnic wagowych.

Ciepłota ciała w przeważnej części przypadków uległa obniżeniu dość trwałemu u innych utrzymywała się na poziomie 37,2—37,3; W dwóch przypadkach mieliśmy podwyższenie ciepłoty (przy zmianach jednak daleko posuniętych).

Zmiany dotyczące samych płuc przejawiły się w pierwszym rzędzie zwiększeniem ilości odpluwanej plwociny, dochodzącej w niektórych przypadkach do 200 cm na dobę. Zazwyczaj następowało później zmniejszenie tej ilości, nieraz do kilku centymetrów zaledwie, w kilku przypadkach znikając zupełnie. Również i sam charakter ropny plwociny się zmieniał, przeistaczając ją w więcej śluzową. To następowe zmniejszenie ilości plwociny, jest wymownem świadectwem wpływu aurosanu na same ogniska gruźlicze, które w niektórych przypadkach, jak wykazały dokładnie przeprowadzone badania roentgenologiczne, ulegały zmniejszeniu (pewnemu zresorbowaniu). Objawowo w kilku przypadkach, stwierdziłem wyraźne zmniejszenie się rzężeń.; W 3 przypadkach nacieków świeżych szczytowych, gdzie wysłuchiwało się dość liczne rzężenia wilgotne drobno bańkowe, po 3 miesięcznej kuracji nie udało mi się ich odnaleść.

Z pośród wszystkich chorych, u których przeprowadzałem kuracją aurosanem, tylko u jednego stwierdziłem krwioplucie, które bywało i przedtem.

Badanie krwi, wykonywane okresowo, jak już nadmieniłem, u wszystkich chorych wykazało:

1) zwiększenie ilości hemoglobiny,
2) zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi,
3) zmniejszenie hiperleukocytozy,
4) opadanie krwinek czerwonych ulegało zwolnieniu.

Wyniki otrzymane podzieliłem na 3 kategorje: 1) poprawa (średnia, znaczna), 2) stan bez zmian, 3) pogorszenie.

Nie mogąc ze względu na szczupłość miejsca podawać wszystkich szczegółów badań, ograniczę się do zwykłego klinicznego opisu, poczynając od chorych uległych poprawie.

Kategorja I (poprawa).

Obs. 1. K. J. dentysta, kawaler 27 lat. Waga w dniu przybycia 61 kilo, wzrost 171 cm. ciepłota dzienna przeważnie o typie: najwyższa 38,2° — najniższa 36,8°. Krótkie wywiady: przed 5 laty pełniąc służbę wojskową, przeziębił się, dostał nagle krwotoku (około 250 cm.), następowo kilkakrotnie powtarzające się krwioplucia. Po pewnym czasie (kilkomiesięczny pobyt na wsi) wrócił do zdrowia, oddając się pracy zawodowej. Z chorób przechodził: odrę w dzieciństwie, następnie dur brzuszny, grypę miewał dość często. W rodzinie poza młodszym bratem który cierpi na gruźlicę, wszyscy zdrowi. Chory kaszle i pluje sporo do 100 cm. na dobę, w nocy się poci, narzeka na bóle w boku prawym, stale skarży się na brak łaknienia.

Badanie stanu ogólnego i fizykalne wykazało:

Budowę prawidłową, odżywienie mierne, klatka piersiowa miernie wysklepiona z wyraźnie zaznaczonemi dołkami nad i podobojczykowemi. Gruczoły nie powiększone, widoczne śluzówki blade. W płucach: w prawym zmiany włókniste, w lewym oba płaty wykazują zmiany serowato-włókniste z częściowemi zrostami poniżej kąta łopatki. Zdjęcie roentgenologiczne potwierdziło w zupełności powyższe zmiany. W plwocinie znaleziono prątki gruźlicze dość obficie 6—8 w polu widzenia, włókna sprężyste pojedyńcze. Chory na proponowaną odmę opłucnową nie zgodził się, wobec czego przystąpiłem do kuracji aurosanem. Dawka pierwsza wynosiła 0,05 gr.. po której nastąpiło czasowe podwyższenie ciepłoty (stale przedtem gorączkujący) do 38,9°. Dawki następne otrzymywał w odstępach tygodniowych jak następuje: 0,05; 0,075; 0,1; 0,1; 0,12; 0,15; 0,175; 0,2; 0,2; 0,25; 0,25; po dojściu do tej ostatniej dawki otrzymywał ją do końca kuracji.

Ogółem otrzymał 3,75 gr. Podczas trwania tej kuracji nie stwierdzono białkomoczu pomimo stałego badania na białko, wystąpiły natomiast nieznaczne bole w stawach, połączone z nikłą wysypką, co ustąpiło po 3—4 dniach. Wynik był bardzo zadowalający. Szczególniej zmianie uległy objawy: ilość plwociny zmniejszyła się, pod koniec kuracji prawie że nie odpluwał, pochrząkując od czasu do czasu, przestał się pocić, nastąpiło wyraźne wzmożenie łaknienia; podczas czteromiesięcznej kuracji przybytek wagi wynosił 12 kilo. Zmiany płucne również wykazały pewną poprawę, idącą w parze z wybitną objawową poprawą, lewostronne zmiany, powiedzieć można utraciły swój charakter czynny, czego również pewnym dowodem był powrót ciepłoty do normy, głównie jednak fizykalna poprawa przejawiła się w zmniejszeniu się wyraźnem ilości rzężeń zwłaszcza wilgotnych. Prątki Kocha dość obfite poprzednio, aczkolwiek nie zniknęły zupełnie, to jednak ilość ich uległa wybitnemu zmniejszeniu; charakter i rodzaj samych prątków uległ ważnym zmianom, przedstawiały się one obecnie, przeważnie w formach względnie długich z wyraźną segmentacją. Chory jako nieźle zaleczony wyjechał do Krakowa, z wiadomości jaką otrzymałem od niego, wywnioskowałem, że czuje się zupełnie dobrze i całkowicie począł oddawać się pracy zawodowej. Przypadek powyższy należy do wyraźnych popraw z pośród 29 chorych tej kategorji, poniżej podaję jeszcze niektóre bardziej charakterystyczne, jednak mniej szczegółowo opisane.

Obs. 2. L. K. Kob. 30 lat. Przed 3-ma miesiącami poród, od tego czasu kaszle i pluje dość sporo, narzekając przytem na ból w plecach. Apetyt b. słaby; z chorób przechodziła: zapalenie płuc, i reumatyzm stawowy. Z rodziny, brat zmarł na gruźlicę. Ogólnej budowy wątłej, podupadłego odżywienia, dołki nad i podoobojczykowe wyraźnie zapadnięte. Prawy bark obniżony i ograniczony w swej ruchomości. W dniu przyjęcia do Sanatorjum waga wynosiła 47 kilo, wzrost 160 cm., najwyższa dzienna ciepłota 38°. Rozpoznanie: gruźlicze nacieczenie górnego płatu płuca prawego. Prątki gruźlicze obecne w plwocinie (2—3 w polu widznia). Otrzymała ogółem 3 gramy aurosanu w przeciągu 3 miesięcy, po upływie tego czasu, zaprzestała zupełnie pluć i kaszlać, nastąpiła wybitna porawa apetytu, stan podgorączkowy jednak od czasu do czasu się zjawia, zwłaszcza po większych wysiłkach. Przybytek wagi wyniósł 10 kilo. W płucu prawem jakby mniej rzężeń. Prątki Kocha badane w dniu wyjazdu, nawet i metodą homogenizacyjną nie zostały wykazane.

Obs. 3. K. M. Męż. lat 31, technik; chory od lat 8-miu, od czasu służby wojskowej kaszle i pluje niewiele, nie poci się. Apetyt średni. W dzieciństwie przechodził 3 razy zapalenie płuc lewostronne. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Budowy dość wątłej, odżywienia miernego, dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zaznaczone. Gruczoły szyjowe nieznacznie powiększone. Rozpoznanie: Nacieczenie obu szczytów płucnych, w plwocinie prątki pojedyńcze. Wzrost 161, waga 52 kilo; otrzymał 3,2 grama auro-

sanu. Po przeszło trzech miesięcznej tej kuracji, poprawa zaznaczyła się w pierwszej linji bardzo wybitnym przybytkiem wagi ciała, która doszła do 64,4 kilo, kaszel uległ prawie zupełnemu zniknięciu, przejawiając się od czasu do czasu pokasływaniem, samopoczucie ogólne dobre, w płucach jednak wyraźnych różnic nie udało mi się stwierdzić.

Obs. 4. K. W. lat 24, buchalter. Od 2-ch lat chory, kaszle mniejwięcej od tego czasu, dość sporo, czasem krwią. Nie poci się, łaknienie mierne, stała obstrukcja. Dotychczas nie chorował. Anamneza rodzinna bez znaczenia. Budowy prawidłowej, odżywienia dość dobrego, zapadnięcie dołków nadobojczykowych. Rozpoznanie: Gruźlica włóknista płuca lewego, oraz nacieczenie szczytu płuca prawego. Wzrost 166 cm. Waga 60 kilo. Ciepłota najwyższa dzienna 37,8. Prócz tego *Laryngitis tbc.* W plwocinie liczne prątki i włókna sprężyste. Otrzymał 4 gramy aurosanu. Wynik tej kuracji po przeszło 4 miesiącach zaznaczył się: ciepłota ustaliła się na poziomie 37, waga 66,250 gr., kaszel i plwocina uległy wyraźnemu zmniejszeniu, prątki jednak były wykazywane w dalszym ciągu, włókien sprężystych nie udało się jednak odnaleść. Samopoczucie uległo ogólnemu wzmożeniu. W lewem płucu oddech oskrzelowy jeszcze wyraźniejszy, niekiedy rzężenia (uprzednio dość liczne).

Obs. 5-ta. M. J., lat 42, biuralista. W 1924 roku dostał nagłego krwotoku podczas pracy, od tego czasu odbywa z przerwami leczenie, przebywając na wsi, poprawił sie wtedy. W grudniu 1925 r. ponowny krwotok, od tego czasu kaszle i pluje sporo, czasem krwią, apetyt średni, poci się w nocy; skarży się na ból w plecach i bicie serca zwłaszcza przy chodzeniu po schodach. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Budowy prawidłowej, odżywienia lichego, dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zapadnięte. Gruczoły nie powiększone. Ograniczenie ruchomości barku prawego. Rozpoznanie: Gruźlica obu górnych płatów płucnych, zwłaszcza prawego. Wzrost 167 cm. Waga 48,1 kilo, ciepłota 37,8 (najwyższa dzienna). Prątki Kocha dość liczne. Otrzymał 3,75 gr. aurosanu w przeciągu pięciu miesięcy. Badanie końcowe wykazało: waga 56,4 kilo, ciepłota najwyższa dzienna 37,1, w plwocinie pojedyńcze laseczniki Kocha, ogólne samopoczucie dobre; apetyt dobry, nie poci się i nie kaszle prawie. Na same zmiany płucne wpływ był niezaprzeczony, wyraził się on wessaniem niektórych ognisk stwierdzonych roentgenologicznie.

Kategorja II (stan bez zmian).

Do tej kategorji zaliczam 4 chorych u których pomimo przeprowadzenia dość intensywnie kuracji aurosanowej nie otrzymaliśmy większych rezultatów.

Obs. 1. P. J. kob. lat 27. Przed 2-ma laty przechodziła lewostronne suche zapalenie opłucnej, od tego czasu pokaszluje i pluje niewiele, czasem poci się; ostatnio przez 4 miesiące przebywała w Goerbersdorfie, nie osiągnąwszy żadnej poprawy. Przed 3-ma miesiącami suche zapalenie opłucnej prawostronne. od tego czasu zauważyła znaczne pogorszenie, obfity kaszel, sporo ropnej plwociny, brak sił, straciła apetyt i poczęła spadać na wadze, ciepłota podwyższyła się do 38. Rozpoznanie: Gruźlica płatu górnego płuca lewego i nacieczenie szczytu płuca prawego, prątki obecne i pojedyńcze włókna sprężyste. Wobec wyraźnej obustronnej czynnej sprawy, przystąpiłem do kuracji aurosanowej; każde wlewanie powodowało podwyższenie ciepłoty nieraz do 39, otrzymała ogółem 2 gramy bez widocznych rezultatów, wobec tego kurację tę przerwano i przystąpiono do założenia odmy sztucznej, z wynikiem dość pomyślnym, płonne były nasze obawy, że odma zaostrzy zmiany drugiego płuca.

Obs. 2. K. M. kob. lat 50. Przed 4-ma miesiącami zapalenie dolnego płatu płuca prawego, od tego czasu czuje się znacznie osłabioną, kaszle i pluje sporo. Prócz tego cierpi od lat 16 na cukrzycę miernego stopnia, ma stosowaną od pewnego czasu insulinę. Budowy wątłej, odżywienia lichego, dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zaznaczone. Gruczoły nie powiększone. Najwyższa dzienna ciepłota do 37,9. Rozpoznanie: Obustronna gruźlica serowato-włóknista obu płuc. Zastosowałem aurosan w dawce początkowej 0,02, którą ostrożnie podnosząc, już po ilości ogólnej 0,7 grama zjawił się dość trwały białkomocz, wobec tego kurację przerwałem. Mimo to jednak, stan ten utrzymywał się w dalszym ciągu, bez zmiany.

Pozostały dwie osoby, u których aurosan nie wywarł żadnego wpływu, cierpiały na: 1 osoba — gruźlica serowato-włóknista górnych płatów obu płuc, kob. lat 22, ciepłota 38,2.

2 osoba — rozległa gruźlica włóknista, trwająca od dłuższego czasu, ciepłota 37,2, dużo plwociny.

Kategorja III (pogorszenie).

Kategorja ta obejmuje 5 osób.

Obs. 1. P. W., lat 56 męż., przemysłowiec. W roku 1903 przechodził lewostronne zapalenie płuc i opłucnej, od tego czasu kaszle i pluje niezbyt dużo czasem krwią. Co roku przyjeżdża do Zakopanego na 2—3 mies. Ostatnio czuje się gorzej, kaszle i pluje sporo, narzeka na silne bóle w lewym boku, ciepłota czasem do 38,2. Rozpoznanie: Stwardnienie obu szczytów płucnych, gruźlica serowato-włóknista dolnego płatu płuca lewego. Pojedyńcze prątki gruźlicze w plwocinie, włókien sprężystych nie znaleziono.

Na wyraźne żądanie chorego, zastosowałem aurosan, uprzedzając o możliwych u niego zaostrzeniach. Po otrzymaniu ogółem 1,8 gr. aurosanu poczuł dość silne łamanie w stawach i wysoką ciepłotę, dochodzącą do 40°. Odpowiednie środki, po kilku tygodniach powróciły samopoczucie do stanu pierwotnego.

Obs. 2. T. J. męż. lat 43. Zachorował podczas służby wojskowej w 1917 r. jakiś czas przebywał w wojskowem sanatorjum, od tego jednak czasu był skłonny do częstych przeziębień. Czuje się stale b. osłabionym, kaszle i pluje sporo, poci się zwłaszcza w nocy, apetyt ma słaby. Chorób żadnych nie przechodził. Z rodziny 2 braci i siostra zmarli na gruźlicę. Budowy wątłej, odżywienia lichego z wyraźnie zaznaczonemi dołkami nad i podobojczykowemi. Gruczoły szyjowe nieznacznie powiększone. Waga 45,700 gr. Wzrost 167 cm. ciepłota normalna.

Rozpoznanie: Gruźlica serowato - włóknisto - wrzodziejąca obustronna. Laseczniki w plwocinie w b. dużej ilości, również i włókna sprężyste. Pirquet robiony dwukrotnie wypadł ujemny, również i próba Mantoux. Odczyn Biernackiego również wykazał bardzo szybkie opadanie krwinek czerwonych. Zastosowałem aurosan w minimalnych ilościach (0,01) po otrzymaniu 0,6 gr. stan uległ pogorszeniu. Ciepłota jednak przez cały czas nie ulegając większym wahaniom, trzymała się w granicach normy. Chory wogóle jak wykazały próby tuberkulinowe, odznaczał się brakiem odporności. W stanie ciężkim opuścił sanatorjum, losy dalsze jego niewiadome.

Obs. 3. J. M. lat 20, męż. Przed 2-ma tygodniami grypa, od tego czasu wysoka ciepłota utrzymuje się stale, o charakterze ciągłym. Kaszle i pluje sporo czasem krwią, zlewające poty zarówno w dzień jak i w nocy zupełny brak apetytu, silne pragnienie, wybitna obstrukcja.

Z chorób przechodził w dzieciństwie: odrę, koklusz, płonicę, dyfteryt, przed 2-ma laty przechodził zapalenie opłucnej lewostronne wysiękowe. Gruczoły szyjne wybitnie opuchnięte. Przed kilku laty matka zmarła na gruźlicę. Budowy prawidłowej, odżywienia dobrego, dołki nad i podobojczykowe wyraźnie zaznaczone. Ciepłota utrzymuje się stale na poziomie 39,5 -40,6. Rozpoznanie: Gruźlica serowata (pneumoniczna forma) obu płuc zwłaszcza lewego. W plwocinie b. obfite prątki Kocha, sporo włókien sprężystych. Poczynając od b. małych dawek, ogółem otrzymał aurosanu 1,3 gr. w odstępach 5-dniowych. Mimo to jednak stan pogarszał się z dniem każdym i chory zmarł po kilku tygodniach.

Dwie pozostałe osoby tej grupy cierpiały na:

1) gruźlicę serowato-włóknistą-wrzodziejącą płuca prawego i gruźlicę serowatowłóknistą górnego płatu płuca lewego, lat 27, obfite prątki. Ciepłota 37,8—39,5. Ogółem otrzymała 2,7 gr. aurosanu. Stan pogarszał się z tygodnia na tydzień, z Zakładu wyjechała w stanie beznadziejnym,

2) gruźlica serowato-włóknista obu płuc, gruźlica jelit i gardła. Lat 32, męż. ciepłota 39°. Waga 43,250 gr. Aurosanu otrzymał 2,5 gr., stan pogarszał się, opuścił zakład w stanie nie rokującym utrzymania go przy życiu. Podając tych kilkanaście obserwacyj, muszę stwierdzić, że dla zobrazowania wpływu aurosanu na sprawy gruźlicze, nie wystarcza poddać analizie proporcjonalności przypadków dodatnich, obojętnych i ujemnych. Pomimo więc, że ilość przypadków dodatnich kilkanaście razy przewyższa przyp. ujemne, tem nie mniej należy wziąć pod uwagę: sposób osiągnięcia tej poprawy, czas trwania, regularność, stałość z jaką przejawiała się i występowała poprawa, dalej tolerancja chorego, ustępowanie objawów i co najważniejsze należy mieć na uwadze same zmiany płucne i ich charakter.

Wszyscy chorzy, jak już poprzednio zaznaczyłem, przebywali w zwykłych warunkach sanatoryjnych: każdy z nich leżakował 4—6—8 godzin dziennie. Może zrodzić się pytanie czy wyniki dodatnie, nie są osiągnięte właśnie przez te warunki sanatoryjne. Na to muszę odpowiedzieć z pewną rezerwą ale zarazem stanowczością, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że te warunki a nie inne pomagały w dużej mierze. Z drugiej strony jednak, muszę stwierdzić, że większość tych chorych, przed rozpoczeciem kuracji aurosanowej, pomimo, że przebywała już dłuższy czas w sanatorjum, nie osiągała mimo to wybitniejszej poprawy. Dopiero aurosan wpłynął u nich na uchwycenie tej upragnionej zmiany w kierunku poprawy i aczkolwiek jak widać z przytoczonych przypadków, aurosan nie wpływa wybitniej na trwałe zniknięcie prątków gruźliczych z plwociny chorego, nie odpowiada zatem warunkom Ehrlichowskim — *sterilisatio magna,* mimo to

jednak wpływ jego na organizm gruźlika jest bezsprzeczny. I chociaż same zmiany ogniskowe nie ulegają wybitniejszym przeistoczeniom, jednak stan zdrowia „objawowy", że się tak wyrażę przedstawia znaczną poprawę: kaszel staje się łagodniejszym ew. znika, ilość plwociny ulega wybitniejszemu zmniejszeniu, ciepłota się obniża ew. znika zupełnie. Ręka w rękę z temi objawami, organizm gruźlika ulega jakby odtruciu, zaczyna żyć na nowo; waga ciała wybitnie wzrasta.

Co się tyczy wskazań leczniczych, trudno wskazać ogólny schemat, można jednak powiedzieć, że do kuracji aurosanowej nadają się przeważnie przypadki świeże, w każdym bądź razie chorzy nie będący w stanie ostatecznego wyniszczenia gruźliczego, same krwotoki nie są przeciwwskazaniem. Najczęściej stosuję aurosan w przypadkach, które z powodu obustronności zmian nie nadają się do wybitniejszego traktowania odmą sztuczną i które gorączkują niezbyt wysoko. Jednak niektóre przypadki włókniste, ze skłonnością do pewnych zaostrzeń, nadają się do leczenia. Przypadki jednak ostro przebiegającej gruźlicy (prosówka, zapalenie opon mózgowych i zapalenie płuc serowate) zupełnie nie dają się powstrzymać w swoim przebiegu wpływem aurosanu i kończą się niepomyślnie. Jak wykazały moje przypadki, najlepsze stosunkowo wyniki dają małe dawki, poczynając od dawki w zwykłych przypadkach 0,05 i stopniowo zwiększając ją o 0,025, bacząc jednak przytem by nie wywoływać specjalnej reakcji. Jako maksymalną dawkę stosowałem 0,25, całkowita ilość aurosanu przeciętnie na jedną kuracje wynosiła 3,5 g. Przy tak ostrożnem stosowaniu ilość przypadków dodatnich przeważy niepowodzenie i niepomiernie wzmoże jeszcze większe zaufanie do tego środka, który bez wątpienia w odpowiednio dobranych przypadkach, wydać może duże rezultaty. Niestety trudno jest dać ścisłe wskazania do stosowania tego preparatu; zależne to jest od szeregu momentów, głównie jednak musi tu rozstrzygać osobiste doświadczenie lekarza. Większa ilość aurosanu, składająca się na całość kuracji (5—7 gr.) może wywołać zmiany w narządzie krwiotwórczym oraz układzie siateczkowo-śródbłonkowym, ponieważ złoto z organizmu trudno się wydziela. Z tego więc względu należy zachować pewną ostrożność zwłaszcza przy powtarzaniu kuracji. Na zakończenie pragnę zaznaczyć, że spostrzeżony podczas kuracji stały ubytek wagowy, nakazuje przerwać kurację. Absolutnem jednak przeciwwskazaniem kuracji aurosanowej są wszelkie schorzenia nerek.

Piśmiennictwo.

1) Rencki: Pol. Gaz. Lek. L. 46, 1926. O leczeniu gruźlicy płuc przetworami złota. — 2) Knud Faber: Traitement de la phtisie pulmonaire par la Sanocrysine (Acta Tuberculosea Scandinavica T. I. fas. 1, 1925). — 3) G. E. Permin: Quelques expériences du traitement de Sanocrysine dans les cas graves de tuberculose pulmonaire (Acta Tuberculosea Scandinavica T. I. fasc. 2, 1925. — 4) K. Secher: Die Behandlung der Tuberculose mit Sanocrysin und Serum. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung L. 19), 1925. — 5) W. Jezierski: O leczeniu gruźlicy preparatami złota. Nowiny Lekarskie L. 19, 1925. — 6) K. Dąbrowski, L. Hirszfeld, S. Rudzki i Z. Szymanowski: Sprawozdanie komisji wysłanej do Kopenhagi dla zapoznania się ze stanem obecnym badan nad działaniem sanokryzyny. Med. Doświadczalna. Tom 4, 1925. — 7) L. A. Dobrowolski i J. Typograf: O leczeniu gruźlicy płuc krysolganem. Warsz. Czas. Lek. L. 11, 1925. — 8) A. Feld: Zur Goldbehandlung der Tuberkulose. Fortschritte der Therapie L. 3—4, 1925. — 9) A. Feld: Krysolgan u. Tuberkuloseprobleme. Beitrage zur Klinik der Tuberkulose. Band 58. 1924. — 10) E. Levy: Die Goldbehandlung der Tuberkulose. Deutsche Medizinische Wochenschrift. L. 8, 1922. — 11) Knud Faber: Sanokrysinbehandlung der Lungentuberkulose. Kl. Woch. L. 51, 1925. — 12) Edward Wajs: O stosowaniu krajowego preparatu złota w leczeniu gruźlicy płuc. Nowiny Lekarskie. 12, 1926.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament Służby Zdrowia.

Warszawa, dnia 30 listopada 1926.

Nr. Z. B. 6280/26/Z. 22.
Poradnie przeciwgruźlicze.

Okólnik.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Walka z gruźlicą stanowi jedno z najważniejszych zagadnień państwowej polityki sanitarnej.

Należy stwierdzić, że jak to wynika z nadsyłanych sprawozdań ze wszystkich prawie Województw, z inicjatywy rządowej i społecznej powstają nowe liczne placówki do walki z gruźlicą, a w pierwszej mierze — poradnie przeciwgruźlicze.

W metodach społecznego zwalczania gruźlicy poradnia przeciwgruźlicza jest powszechnie uznaną, jako organizacja podstawowa, mająca szczególnie doniosłą rolę w zapobieganiu tej chorobie. Swe zadanie poradnia przeciwgruźlicza może wypełnić w sposób zadowalniający jedynie w tym wypadku, jeżeli stoi na odpowiednim poziomie lekarsko-technicznym, a więc o ile posiada: 1) personal lekarski i pielęgniarski odpowiednio wykwalifikowany, 2) odpowiedni lokal, 3) urządzenia rozpoznawcze zgodne z wymaganiami wiedzy współczesnej i 4) jeżeli rejestracja chorych odbywa się według ujednostajnionych wzorów, umożliwiających racjonalną statystykę lekarską i kontrolę działalności.

Nadto stan gospodarczy poradni musi dawać trwałe podstawy do działalności i rozwoju danej instytucji.

Udział w zwalczaniu gruźlicy jako choroby zakaźnej należy niewątpliwie do obowiązków samorządów. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) celem umożliwienia poszczególnym samorządom tworzenia wspomnianych poradni, a także dla poparcia inicjatywy społecznej, będzie udzielało zapomóg na ich cele w granicach rozporządzalnego kredytu.

Bezwzględnym warunkiem udzielania zapomóg na cele poradni przeciwgruźliczych w roku 1927 będzie urządzenie ich i prowadzenie według ustalonych wzorów, a także ścisłe przestrzeganie trybu postępowania formalnego przez instytucje, ubiegające się o zapomogę.

W myśl powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) opracowało przepisy tymczasowe. normujące w najogólniejszych zarysach organizację i działalność poradni przeciwgruźliczej do czasu uregulowania tej doniosłej sprawy drogą odpowiedniej ustawy.

Zechce przeto Pan Wojewoda wystąpić z odpowiednią inicjatywą na terenie podległego mu Województwa, aby w r. 1927 podnieść sprawność lekarsko-społeczną poradni przeciwgruźliczych względnie popierać wszystkiemi dostępnemi środkami powstanie nowych poradni.

Sprawozdanie z wydanych zarządzeń zechce Pan Wojewoda przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) najpóźniej do dnia 15 lutego roku przyszłego.

Uwaga: Dane szczegółowe o poradni przeciwgruźliczej, o jej znaczeniu społecznem, zadaniach, sposobie prowadzenia i stosunku do całokształtu społecznej organizacji walki z gruźlicą znajdują się w podręczniku p. t.: „Poradnia Przeciwgruźlicza" który ukaże się wkrótce staraniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Wroczyński,
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Załącznik I.

Przepisy tymczasowe dla poradni przeciwgruźliczych.

Subwencje mogą być udzielane wyłącznie instytucjom, posiadającym racjonalne podstawy organizacji miejscowej, wyrażające się przez wydatne poparcie moralne i materjalne miejscowych czynników samorządowych i społecznych odpowiadających następującym wymaganiom lekarsko-technicznym, opracowanym w porozumieniu ze Związkiem Przeciwgruźliczym.

I. *Poradnie wielkomiejskie.* a) *Personal.* 1. *Lekarze,* pracujący w poradni, winni mieć dostateczne doświadczenie kliniczne ogólne, a także przygotowanie do swej specjalnej roli społeczno-lekarskiej (np. kurs uzupełniający Związku Przeciwgruźliczego i praktykę we wzorowych poradniach przeciwgruźliczych). 2. *Pielęgniarki - wywiadowczynie.* Zasadniczo należy angażować do poradni tylko absolwentki wzorowych (2-letnich) szkół dla pielęgniarek. W razie braku odpowiednich kandydatek można angażować pielęgniarki, które prócz wykształcenia ogólno-pielęgniarskiego muszą również być przygotowane do swej specjalnej roli przeciwgruźliczej (ogólne wykształcenie 6-klasowe, kurs przeciwgruźliczy, praktyka w poradni przeciwgruźliczej). b) *Lokal.* Przynajmniej 4 pokoje (poczekalnia, pokój rejestracyjny, gabinet lekarza, laboratorjum). c) *Urządzenia rozpoznawcze.* Prawidłowe rozpoznanie jest punktem wyjścia racjonalnej pracy społeczno-lekarskiej poradni. Rozpoznanie obecności lub braku czynnej gruźlicy płuc powinno mieć charakter ekspertyzy obowiązującej (dla szkół, Komisji poborowych i t. p.). Poradnia musi mieć do dyspozycji laboratorjum, wykonywujące badania plwociny zwykłe i homogenizowane, a także elementarne badanie moczu, krwi i t. p. Poradnia powinna bezwzględnie mieć możność prześwietlania i fotografowania chorych (roentgenogramy) w możliwie szerokim zakresie, przyczem jest bardzo wskazana bezpośrednia współpraca lekarza fizjologa z lekarzem roentgenologiem. d) *Wywiady społeczno-lekarskie.* Poradnia musi zapewnić swym pacjentom odwiedziny domowe dostatecznie częste, wykonywane przez pielę-

gniarkę odpowiednio wyszkoloną. e) *Rejestracja chorych i statystyka lekarska.* Rejestracja chorych winna odbywać się według wzorów i metody, opracowanej przez związek Przeciwgruźliczy. Statystykę lekarską należy prowadzić również według wzorów, opracowanych przez Związek.

II. *Poradnie wojewódzkie i powiatowe większe.* a) *Personal.* Lekarze muszą mieć dostateczne doświadczenie kliniczne ogólne, a także elementarne przygotowanie do swej specjalnej roli społeczno-lekarskiej. (Kurs uzupełniający Związku Przeciwgruźliczego). *Pielęgniarki-wywiadowczynie* winny posiadać te same kwalifikacje co i dla poradni wielkomiejskich. b) *Lokal.* Przynajmniej 3 pokoje: 1) gabinet lekarski, 2) poczekalnia — najobszerniejszy pokój, 3) pokój rejestracyjny i laboratorjum, c) *Urządzenia rozpoznawcze.* Poradnia musi mieć do dyspozycji laboratorjum, wykonywujące badania plwocin zwykłych i homogenizowanych, a także elementarne badania moczu, krwi i t. p. Poradnia powinna mieć możność prześwietlania chorych i fotografowania (roentgenogramy) trudniejszych wypadków. d) *Wywiady społeczno-lekarskie.* Poradnia musi zapewnić swym pacjentom odwiedziny domowe dostatecznie częste i wykonywane przez pielęgniarkę odpowiednio wyszkoloną. Uwaga: Przychodnie powiatowe powinny stanowić organizację kierowniczą walki z gruźlicą na terenie powiatu.

III. *Poradnie małomiasteczkowe i wiejskie.* a) *Personal. Lekarz* musi mieć dostateczne doświadczenie kliniczne ogólne, a także elementarne przygotowanie do swej specjalnej roli społeczno-lekarskiej (kurs uzupełniający Związku Przeciwgruźliczego). *Pielęgniarki-wywiadowczynie* oprócz wykształcenia ogólno-pielęgniarskiego muszą również być przygotowane do swej specjalnej roli przeciwgruźliczej (4-klasowe wykształcenie ogólne, kurs 6-tygodniowy Związku Przeciwgruźliczego). b) *Lokal.* Przynajmniej 2 pokoje, większy dla poczekalni. c) *Urządzenie rozpoznawcze.* Plwociny chorych, o ile to możliwe, powinny być badane na miejscu, a w każdym razie musi być nawiązane stałe porozumienie z najbliższą pracownią, do której będą posyłane próbki plwocin do badania. Chorzy, których rozpoznanie przez czas dłuższy niż 2 miesiące nie jest ustalone, muszą mieć zepewnioną możność badania roentgenologicznego. d) *Wywiady społeczno-lekarskie.* Poradnia musi zapewnić swym pacjentom odwiedziny domowe dostatecznie częste, wykonywane przez pielęgniarkę odpowiednio wyszkoloną. Uwagi: 1. Porady w poradniach przeciwgruźliczych są bezpłatne. 2. Wobec potrzeby ścisłej koordynacji pracy technicznej lekarzy i pielęgniarek wywiadowczyń, niezbędnej do prawidłowej działalności poradni, liczba porad udzielanych winna być ściśle dostosowaną do liczby pielęgniarek. 1 lekarz może dostarczyć pracy jednej, dwom i więcej pielęgniarkom. Odwrotny stosunek liczby lekarzy do pielęgniarek uniemożliwia właściwą celową organizację pracy. Nadto doświadczenie uczy, że w okresie początkowym należy unikać powołania do pracy w przychodni nadmiernej liczby lekarzy. Natomiast ze względów zarówno klinicznych, jak i społecznych liczba przyjęć poszczególnych lekarzy nie może być mniejsza niż 2—3 razy na tydzień. 3. Opłaty za porady lekarskie winny być unormowane według taryfy Kas chorych. 4. Pobory pielęgniarki-wywiadowczyni niewykwalifikowanej wynoszą 150 zł. Absolwentki wzorowych szkół dla pielęgniarek otrzymują 180 do 250 zł. miesięcznie. Należy starać się o to, by pielęgniarkom zapewnić minimum egzystencji materjalnej, pozwalające na staranne wykonywanie ich cennej pracy społecznej.

Załącznik II.

Tryb postępowania przy ubieganiu się o zapomogę rządową na cele poradni przeciwgruźliczej.

1) Podania instytucyj, ubiegających się o zapomogę rządową na cele poradni przeciwgruźliczej, winny być zaopatrzone w następujące załączniki: a) Zamknięcie rachunkowe za rok ubiegły (o ile instytucja (poradnia) była czynna), b) Budżet na okres, który ma objąć subwencja (sporządzony według załączonego wzoru), c) Sprawozdanie z działalności lekarskiej (o ile instytucja była czynna).

2) Wojewoda z wnioskiem swoim przesyła podanie do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia Pana Wojewodę o przyznaniu względnie odmowie; subwencje są przekazywane za pośrednictwem P. P. Wojewodów.

3) Przy wypłacaniu pierwszej subwencji Pan Wojewoda otrzymuje zobowiązanie, że Towarzystwo użyje subwencji rządowej na cel przewidziany w budżecie poradni, że T-wo będzie nadsyłało we właściwych terminach sprawozdania rachunkowe, uwidaczniające sposób zużycia subwencyj rządowych i udziału innych źródeł dochodowych, sprawozdanie to winno składać się z ogólnego sprawozdania rachunkowo-kasowego wszystkich dochodów i wydatków poradni, ułożonych według pozycji i wzoru budżetu. Do tego sprawozdania winien być dołączony aneks obejmujący wydatki poczynione z subwencyj rządowych. Sprawozdanie powinno być przedstawione najdalej w 14 dni po ukończeniu roku rachunkowego. Nieprzedstawienie wyrachowania we właściwym czasie z udzielonych zapomóg pociągnie za sobą wstrzymanie dalszych zapomóg.

Załącznik III.

Wzór budżetu dla poradni przeciwgruźliczej.

Źródło dochodów dla prowadzenia poradni przeciwgruźliczej przy racjonalnym systemie prowadzenia walki społecznej z gruźlicą na danem terytorjum, w większości wypadków stanowią następujące pozycje:

1) Stała subwencja rządowa.

2) Stała subwencja Kasy chorych (układ na podstawie okólnika Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i Ministerstwa i Spraw Wewnętrznych z dnia 16. II. 1926 r., Nr. Z. R. 1088/26.

3) Subwencje rządowe (okres organizacyjny i wydatki nadzwyczajne).

4) Składki członkowskie Towarzystw Przeciwgruźliczych.

5) Wpływy z imprez propagandowych organizacyj przeciwgruźliczych. Należy zachować podział dochodów na nadzwyczajne i zwyczajne.

Za nadzwyczajne uważa się te wpływy, które posiadają charakter jednorazowy i przeznaczone są na inwestycje względnie organizację.

Subwencje rządowe, przeznaczone na organizację, należy z reguły traktować, jako dochód nadzwyczajny.

I. Wydatki nadzwyczajne. Koszty organizacyjne. *Lokal:* Teren, Budowa, Nabycie nieruchomości, Przeróbki, Remont, Urządzenia, Przyrządy i instrumenty.

II. Wydatki zwyczajne. Koszty ogólne roczne.

I. Personal. a) Lekarz-fizjolog, b) Roentgenolog, c) Laryngolog, tylko w poradniach wielkomiejskich posiadających własne gabinety roentg. i laryng. W innych poradniach p. dz. III. Uwaga: Wynagrodzenie lekarza w stosunku do liczby godzin pracy. Pielęgniarki-wywiadowczynie. Koszty przejazdów i djety personalu. Kasa chorych. (Składki za personal).

II. Lokal: Komorne i utrzymanie lokalu. Opał i światło. Kancelarja, materjały piśmienne, korespondencja, druki. Remont urządzenia.

III. Badania rozpoznawcze. Kurs prześwietlania, roentgenogramy. Badanie laboratoryjne. Uwaga: Należy podawać koszty pojedyńczych badań (prześwietlanie, roentgenogram, zbadanie plwociny i t. p.).

IV. Akcja zapobiegawcza. Worki do bielizny, Środki antyseptyczne, Spluwaczki, Wypożyczanie (bezpłatne) pościeli, termometrów i t. p.

V. Umieszczanie dzieci i dorosłych w szpitalach, sanatorjach i t. p. Pomoc materjalna. Lekarstwa (dla nieubezpieczonych w Kasie chorych). Dożywianie, rozdawnictwo odzieży, bielizny i inne (może być w znacznej części zbierane w naturze przez miejscowe Towarzystwa i Komitety Opiekuńcze). Pranie. Uwaga: Koszty organizacyjne oraz wydatki jednorazowe o charakterze inwestycyjnym należy uważać za wydatki nadzwyczajne.

———

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z Krynicy, w marcu 1927.

Przebywszy w tym roku po raz pierwszy zimę w Krynicy, chciałbym podzielić się z Kolegami spostrzeżeniami co do warunków lecznia zdrojowego w czasie sezonu zimowego.

Mieszczuch, który zna wieś co najwyżej z letnich wyjazdów „na świeże powietrze", niema pojęcia, jak piękną jest zima na wsi. Niepokalana biel śniegu, nie zbrukanego dymem tysiąca kominów i nie przedeptanego stopami dziesiątek tysięcy przechodni, już gdzieś od listopada pokrywa okoliczne góry; na jej tle przecudnie rysuje się subtelna koronka lasów szpilkowych. Niema turkotu wozów, dzwonienia tramwaju i huku syren samochodowych, cisza, że kilometrami słychać szczekanie psa lub dzwonek u sanek. Lekki mrozik, dużo słońca, przez całą zimę 1926/7 zaledwie trzy dni wietrzne, bajecznie czyste powietrze — wszystko to wpływa na człowieka, przemęczonego pracą i życiem nerwowem miasta tak uspakajająco, że codziennie budzi się żwawszy, spokojniejszy i z większą chęcią do czekającej go znów pracy, gdy do tego dodamy picie słynnego Zuberka, kąpiele gazowe, borowinowe, hydropatję — no i trochę rozrywki i komfortu, cóż sobie więcej życzyć można? Byłbym niesprawiedliwym, mówiąc „trochę komfortu", na brak komfortu dziś w Krynicy narzekać nie można. Dom zdrojowy i Nowe łazienki, otwarte także przez całą zimę, mają miesz-

kania, którym nic zarzucić nie można (szczególniej po oczyszczeniu Domu zdrojowego, co właśnie obecnie się robi). Tak Dom zdrojowy jak i Nowe łazienki, które, nawiasem mówiąc, są prześlicznie urządzone i usuną raz wreszcie katastrofalny dla Krynicy brak kąpieli w lecie, są centralnie ogrzewane — ogrzanym kurytarzem schodzi się wprost z pokoju do kąpieli leczniczych, a że na miejscu jest również pijalnia wód, restauracja i kawiarnia z dancingiem, czytelnia gazet, radjo i t. d., w czasie więc nawet największej niepogody ma się w tym samym ogrzanym budynku wszystko, co do leczenia i rozrywki potrzebne. Wszelkie środki lecznicze Krynicy są, podobnie jak w lecie, dostępne. Kąpiele znakomite, wszyscy cnwalą, że lepsze niż w lecie, a dostać je można z największą łatwością i w najdogodniejszych godzinach. Przez zimę praktykuje 11 lekarzy. Otwartych jest również kilka pensjonatów prywatnych. Sporty dotychczas jeszcze słabo są rozwinięte w porównaniu choćby np. z Zakopanem, chociaż tutejsze tereny nadają się do narciarstwa znakomicie. Jednakże i w tym roku odbyły się Związkowe zawody o mistrzostwo Krynicy, które sprowadziły najlepszych narciarzy polskich, a na górach i deptaku roi się codziennie od narciarzy i narciarek w swych oryginalnych kostjumach. Przyjezdnych w tym roku było przeszło 1000 osób. Wiele pensjonatów na przyszłą zimę adaptuje urządzenia zimowe, budują się także całoroczne wspaniałe hotele i nie ulega wątpliwości, że leczenie zdrojowe w sezonie zimowym w najzupełniej dogodnych warunkach przeprowadzić można i że sezony zimowe w Krynicy mają wszelkie warunki rozwoju.

Dr. St. Lewicki.

OCENY.

Dr. med. Franciszek Ksawery Cieszyński: *Opieka Położnej nad noworodkiem i niemowlęciem.* Warszawa — 1927. Odbito w Zakładach Graf. P. Szwede. Klisze wykonano w Spółce Cynkografów Warszawskich, str. XII—260, in 8.

Dobrze się stało, że Rada Pedagogiczna Warszawskiej Miejskiej Szkoły Położnych wprowadziła dla swych uczennic wykłady z pedjatrji. Dobrze też uczynił Miejski Zakład Położniczy św. Zofji, że powierzył u siebie opiekę nad noworodkami specjaliście-pedjatrze. W ten sposób nauka położnych postąpiła znacznie naprzód, a niemowlęta, zrodzone w Zakładzie, pozyskały pewniejsze jutro.

O poważnej pracy Dra Cieszyńskiego na obu tych stanowiskach świadczy choćby świeżo wydane dziełko p. t.: „Opieka Położnej nad noworodkiem i niemowlęciem". Autor z wielkiem umiłowaniem przedmiotu wtajemnicza swe uczennice w ich obowiązki przyszłych opiekunek dziecięcych nie tylko w czasie pozostawania na nauce w zakładach położniczych, ale i następnie przez długi okres praktyki prywatnej. Wtedy bowiem oczekuje położną najrozleglejsze pole działania, bo zaskarbiwszy sobie zaufanie matki, stanie się na lat kilka jedyną dla niej wyrocznią w sprawach, dotyczących pielęgnowania, a nawet wychowywania dziecka. Książka więc ta ma być nie tylko podręcznikiem pedjatrji, ale powinna być również dla położnej doradcą w przypadkach wątpliwych i źródłem wskazówek podczas spełniania przez nią opieki nad powierzonemi jej noworodkami i niemowlętami.

Stosując się do tych postulatów, autor w wykładzie swym zebrał jak najdokładniejsze wskazówki z dziedziny fizjologji, higjeny i patologji wieku dziecięcego. A nadto postarał się o zaznajomienie swych uczennic z najważniejszemi zasadami organizacji opieki społecznej i instytucjami, których zadaniem jest udzielanie opieki i pomocy noworodkom i niemowlętom.

Książka jest napisana przystępnie, a jednak naukowo, ma wiele zalet dydaktycznych, świadczących o wybitnym talencie nauczycielskim autora. Przeczytałem też ją z wielkiem zajęciem i przekonałem się, że autor potrafi myśli swoje przedstawić jasno i dokładnie.

Wykład swój podzielił autor na 4 działy w porządku następującym: higjena, fizjologja, patologja, zapobieganie chorobom zakaźnym. Właściwiej może byłoby dział fizjologji umieścić na naczelnem miejscu, gdyż położna, ucząca się pedjatrji, powinna przedewszystkiem zapoznać się ze stanem normalnym organów dziecięcia i z ich czynnościami w stanie zdrowia; dopiero, poznawszy fizjologję, może zrozumieć należycie higjenę i patologję. Pewne działy są opracowane wzorowo, np. dział higjeny, dział dodatkowy, dotyczący opieki społecznej nad matką i dzieckiem, jak również niektóre rozdziały patologji, jak np. krzywica, kiła; inne zaś są potraktowane zbyt pobieżnie, a nawet dorywczo, że wymienię tu tylko tak ważny w życiu niemowlęcia rozdział zaburzeń w odżywieniu (dystrofji).

Autor posługuje się naogół językiem poprawnym, nie ustrzegł się jednak, niestety, pewnych błędów stylistycznych, tak zresztą powszechnych w naszych drukach lekarskich. Z najbardziej rażących wspomnę tu tylko o stale powtarzającem się umieszczaniu spójników „zaś" i „bowiem" na trzeciem, a nawet na dalszem miejscu zdania, gdy wiadomo, że spójniki te zajmować mogą w zdaniu jedynie i wyłącznie miejsce drugie po wyrazie naczelnym, np.: „Dłuższe przebywanie przy piersi zaś noworodka". „Częste wkładanie ciepłomierza do kiszki stolcowej zaś ...... może wywołać zapalenie odbytnicy". „Pielęgniarka dziecięcia, oprócz wiadomości o pielęgnowaniu i odżywianiu niemowlęcia, posiada bowiem dostateczne wiadomości o wszelkich chorobach nieżytowych i zakaźnych".

Wytknąć też muszę autorowi germanizmy w rodzaju nadużywania przyimka „przy" w zdaniach, w których odpowiedniemi byłyby inne przyimki, lepiej do treści nadające się, np. „Przy wykonywaniu ćwiczeń gimnastycznych baczyć należy, aby odniosły one swój skutek, t. j. aby mięśnie grubiały przy skurczu i odwrotnie". W obu razach zamiast „przy" — co odpowiada niemiecku „bei" — byłoby poprawniej użyć przyimka „podczas".

Tak samo germanizmami są nadużywane przez autora wyrażenia: „w pierwszym rzędzie", „w drugim rzędzie", „z drugiej strony", z czego czasami wychodzą bardzo zabawne dwuznaczności, np.: „Płaszcz jest z drugiej strony wielką oszczędnością dla osoby pielęgnującej". „Wówczas w pierwszym rzędzie wchodzi w rachubę pokarm innej kobiety, a w drugim dopiero, gdy nie można zdobyć takowego — mleko kobiece". „W pierwszym rzędzie gra ona (krew) niezmiernie ważną rolę w odżywianiu wszystkich komórek całego ciała. W drugim rzędzie głównie krew spełnia zadanie obrony ustroju ludzkiego przed zarazkami chorobotwórczemi". „Owrzodzenia umiejscawiają się przeważnie na granicy miękkiego i twardego podniebienia, w drugim rzędzie na środkowym szwie podniebienia, w dalszym rzędzie na całem twardem podniebieniu".

Do ulubionych też wyrazów autora należą przysłówki: „względnie" i „ewentualnie", najczęściej zupełnie zbyteczne, albo dające się poprawniej zastąpić przez spójniki „albo", „i" „lub też", jak np.: „Należy go (krwiak) tylko ochronić od uszkodzenia, co można uczynić ewentualnie przez owinięcie go watą". „....... aby nie zarazić matki bezpośrednio przez ewentualną rane przy brodawce". „Bakterje .... żywią się odpadkami względnie wydzielinami tegoż ustroju, na którym żyją". „Należy baczyć, aby (niemowlę) rozwijało w sobie harmonijnie wszystkie swoje narządy, względnie całe ich zespoły".

Za dużo zajęłoby miejsca, gdybym chciał wyliczać więcej jeszcze błędów językowych, wyczytanych w podręczniku Dra Cieszyńskiego. Książka wymaga pod tym względem starannej korekty, co da się uskutecznić wtedy, gdy zajdzie potrzeba drugiego jej wydania. Przewiduję, że stanie się to niezadługo, bo podręcznik Dra Cieszyńskiego dzięki przystępnemu i jasnemu wykładowi stanie się wkrótce książką popularną wśród licznej rzeszy położnych. Wtedy i ryciny ulegną zapewne korekcie, bo takie, jakie zdobią wydanie niniejsze, są zupełnie niewystarczające. Wogóle zdjęcia fotograficznie są źle nastawione na ostrość, są odbite za blado, wskutek czego obrazy wyszły zatarte, niewyraźne, zatuszowane. Pod tym względem najgorzej wypadły ryciny: 20, 29, 33, 37, 38, 46, i 47. Być może, że winien temu papier, na którym je odbito; w każdym razie wskutek tych wad wydawnictwa wartość książki, jako podręcznika, znacznie się obniżyła. Jest nadzieja, że w przyszłem wydaniu i pod względem wydawniczym nic książce Dra Cieszyńskiego nie będzie można zarzucić.

Dr. M. Zweigbaum.

BIBLJOGRAFJA.

Prace oryginalne w czasopismach.

a) Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 13, z 27 marca 1927: A. Dłuski: W sprawie aspiryny i kwasu acetylo-salicylowego. — W. Kamelski: O konieczności oznaczania wilgoci w surowicach roślinnych. — Inż. T. Ingwer: Syntezy preparatów farmaceutycznych (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyt 6 z 15 marca 1927: S. Giebecki: Sztuczna odma. — I. Puterman: Kilka słów o mocznicy. — Wł. Mikułowski: Nauka Sanarellego o durze brzusznym. — K. Salz: Doświadczenie z Cardiazolem środkiem nasercowym. — Bajoński: Nowy tubus dla aparatów roentgenowskich o silnem napięciu. — S. W. Nowak: Diagnoskopja medyczna i psychiczna.

Lekarz wojskowy, Tom IX, Nr. 2 za luty 1927: H. Szczodrowski: Diatermja w rzeżączce u mężczyzn. — J. Babecki: Wody naszych garnizonów. — N. Zandowa: Histerja ze stanowiska teorji Freuda. — W. Popławski: Środki lecznicze w świetle historycznego przemysłu chemicznego do wojny światowej. — Z. Klukowski: Lekarze-zesłańcy po powstaniu 1863. A. Kończacki: Refleksje na temat odczytu o konwencji genewskiej. — Henoch: Uwagi do art. kpt. Dr. Bronisława Decowskiego. Współpraca dowódców oddziału i lekarzy oddziałowych w polu.

Medycyna doświadczalna i społeczna, Tom VII, zeszyt 1—2 z r. 1927: M. Semerau-Siemianowski i Zdzisław Świder: Badania nad analizą akustyczną szmerów oddechowych. — Z. Szymanowski i B. Wachlerówna: Różniczkowanie grup serologicznych we krwi u świń. — P. Demaut: Układ siateczkowo-śródbłonkowy, a przemiana węglowodanowa. — A. Landau, M. Fejgin i T. Marjanko: Uwagi krytyczne w sprawie wpływu koloidów osocza na powstawanie obrzęków. — S. K. Kwiatkowski: Odczyn formalinowy w surowicy krwi kiłowych. — M. Mayzner i H. Sparrow: Przyczynek do badań nad nosicielstwem i błonicą nosa. — R. Weigl: O istocie i postaci zarazka duru osutkowgo.

Medycyna praktyczna, Rok I, zeszyt 1—9, z r. 1927: K. Bross: Wartość praktyczna odczynu Biernackiego w gruźlicy płuc. — W. Werner: Leczenie czyraków twarzy, nosa i zewnętrznego przewodu usznego. — B. Piechowski: Odżywianie niemowlęcia zdrowego w pierwszym roku życia według systemu Pirqueta. — K. Węckowski: Stosowanie radu w nowoczesnem lecznictwie. — H. Jarosz: Nowoczesne poglądy na leczenie kiły. — K. Bross: Badania doświadczalne nad wartością nowej niemieckiej surowicy przeciwkiełbasianej. — Przegląd prasy lekarskiej. — Zapiski lecznicze. — Sprawozdanie z Poznańskich wieczorów lekarskich 1926.

b) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1927. Marzec.

1) Prof. Fuld: Nowsze badania przemiany wodnej. — 2) Kalk: O skutkach najczęstszych operacyj brzusznych. — 3) Prof. Naegeli: Rozpoznanie stanów białaczkowych przez lekarza-praktyka. — 4) Prof. Fuld: Przegląd prac z zakresu chorób trawienia, przemiany materji i chorób krwi.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

6 Jg. Nr. 2.

Prof. Dr. P. Schilder (Wiedeń). *Obecny stan nauki o neurozach.* Referat poglądowy obejmujący podział, przyczyny i mechanizm powstawania, jakoteż i leczenie nerwic.

Doc. Dr. P. Liebesny (Wiedeń). *Z badań nad stosunkiem gruczołów płciowych do przysadki i leczniczo-doświadczalne wykazanie regulacji centralnej czynności gruczołów płciowych u człowieka.* Opierając się na spostrzeżeniu, że w przypadkach zaburzeń ze strony gruczołów płciowych można uzyskać poprawę ich czynności przez zabiegi fizykalne (diatermia) w okolicy przysadki sądzi, że przysadka stanowi gruczoł wywierający wpływy regulacyjne na funkcje gruczołów płciowych. Nie można jednak wykluczyć także i tej okoliczności, że ten sposób zadrażnia i centra nerwowe. W tym razie mielibyśmy do czynienia z regulacją nerwową centralną.

L. Farmer Loeb, H. Petov (Berlin). *Doświadczenia nad leczeniem odczulającem gorączki siennej.* U cierpiących na gorączkę sienną w miesiącach maju i czerwcu udało się uzyskać dobre wyniki lecznicze przez odczulenie pyłkami mieszanymi z *Poa pratensis, Dactylis glomerata, Phleum pratense, Agrostis alba, Autoxanthum od.* Odczulenie tylko jednym gatunkiem tych traw okazało się niewystarczającem. Przy stosowaniu odczulenia nieswoistego peptonem Witt'a tak dobrych wyników nie otrzymano.

R. Strumpel, G. Armuzzi. *O odporności w doświadczalnie wywołanej gorączce powrotnej u myszy.* Pozostawanie krętków duru powrotnego w mózgu myszy uodpornionych jest rzeczą dosyć rzadką. W innych narządach wogóle ich nie wykazano. Myszy zakażone dootrzewnowo mogły w okresie uodpornienia na drodze podskórnej być superinfekcjonowane tym samym szczepem, gdy wśródotrzewnowe próby na odporność były ujemne. Przejścia krętków lub odporności na drodze łożyskowej w tych doświadczeniach nie wykazano.

F. Rohr, V. Schultz (Groebenstein). *Aktywizacja środków spożywczych przez naświetlanie ich promieniami pozafiolkowemi bez pogorszenia ich smaku.* Sądzą, że zmiana smaku pokarmów naświetlanych np. mleka nie jest wyrazem procesów aktywizacyjnych, lecz tylko wynikiem wypadania białka. Gdy przeto z mleka je oddzielimy i część odbiałczoną naświetleniu poddamy, smak pogorszeniu nie ulegnie wcale.

R. Pruset, R. Wagner (Wiedeń). *Niebezpieczeństwo hipoglikemji insulinowej u dzieci.* Zwracają uwagę na powyższe niebezpieczeństwo wykazując jak często u dzieci występują wahania między hiper a hipoglikemją w cukrzycy w ciągu bardzo nawet krótkiego czasu.

Dr. H. G. Rotmann, Dr. H. Franken (Düsseldorf). *Odczyn Wassermana w mleku położnic.*

Prof. F. Hamburger (Graz). *Nowe badania nad szerzeniem się gruźlicy i jego znaczenie dla zapobiegania jej w praktyce.* Artykuł powtarzający dotychczasowe zapatrywania nad sposobem zakażenia gruźliczego.

Prof. R. H. Kahn (Praga). *Badania nad oddychaniem tkankowem u żywych osobników.*

Prof. Dr. Koennecke (Oldenburg). *Przypadek uwięzgniętej przepukliny płucnej.* Opisuje przypadek takiej przepukliny u chorego lat 39, u którego *locus resistentiae minoris* przypadał w mięśniu *apertura sup. thoracis.* Gwałtowne objawy bólu i kłucia w łopatce. Guz duży w dołku nadobojczykowym. Zabieg operacyjny. Wyleczenie.

Nr. 4. z 22. I. 1927.

A Meyer (Bonn). *Z doświadczeń kliniczno-anatomicznych nad zatruciem ośrodkowego układu nerwowego tlenkiem węgla.* Referat poglądowy.

Prof. E. Starkenstein (Praga). *O gospodarce wodnej i zaspokajaniu pragnienia.* Na podstawie spostrzeżeń zachowania się wydzielania ustrojowych płynów po podaży wody o rozmaitem stężeniu solnem wnosi, że najlepszą wodą zaspokajającą pragnienie jest woda o zawartości solnej isotonicznej z krwią. Napoje złożone z musujących proszków odpowiadają zupełnie celowi gaszenia pragnienia. Koffeina zwiększa pragnienie zwłaszcza wtedy, gdy ustrój chętniej wydziela wodę na drodze pozanerkowej (poty).

Dr. H. Werner Siemens (Monachium). *Z badań nad wzajemnym stosunkiem różnych postaci znamion.* Artykuł dermatologiczny.

Doc. Dr. O. Klein, Dr. H. Holzer (Praga). *O działaniu insuliny przy schorzeniach wątroby.* Zalecają stosowanie insuliny przy równoczesnem podawaniu cukru w różnych stanach chorobowych ze współudziałem schorzeń wątroby. Być może, że korzystny ten wpływ insuliny da się wytłumaczyć działaniem jej na komórki wątroby, w drodze regulacji procesów przyrody fermentacyjnej lub też biochemicznej, sprawdzając w wyniku wzmożenie czynności zdrowego jeszcze miąższu wątroby.

Dr. G. J. Pfalz (Münster). *Czy jest możliwe sztuczne wprowadzenie do ustroju biologicznie wysokowartościowych zarazków okrężnicy i wpływ ich na wydalanie zarazków paradurowych?* Artykuł bakterjologiczny.

Dr. W. Anthon (Berlin). *Tonsillektomia przy ropniu okołomigdałkowym.* Autor stoi na stanowisku, że tonsillektomja jest bardzo wskazaną celem zapobieżenia tak często spotykanych nawrotów ropni okołomigdałkowych.

H. Wendt, F. Weyrauch (Jena). *Badania doświadczalne nad sposobem działania ropni terpentynowych.* W posocznicy stosowali autorowie injekcje terpentyny celem wytwarzania ropni, które z kolei rzeczy sprowadzały znaczną leukocytozę i tem samem wpływały korzystnie na przebieg posocznicy i stanów podobnych.

Dr. E. Kośmiński (Berlin). *Leczenie agomensiną i sistomensiną.* Podnosi korzystne ich działanie przy zaburzeniach menstruacyjnych (amenorrhea) przyczem radzi stosować agomensinę jako środek rozpoznawczy w ciąży. Menstruacja po agomensinie świadczyłaby przeciw ciąży.

Hans Wildegans (Berlin). *Badania doświadczalne i kliniczne w cholemji.*

E. Wilczkowski. *Badania nad grupami krwi przy schizophrenji i paraliżu postępowym.*

Dr. J. Neuburger (Berlin). *O krwistości w akromegalji.*

Prof. Strauss (Berlin). *O zadaniu i technice procto-signoskopji.*

Z. Tomanek (Lwów).

Ergebnisse der gesamten Medizin.

Bd. IX. 1926.

Ballmann: *Charłactwo przysadkowe*. (Choroba Simmond'sa).

Münch. Mediz. Wochenschrift.

Nr. 22. 1926.

Reye: *Początkowy okres obrazu klinicznego choroby Simmonds'a i jej leczenie.*

W r. 1914 pierwszy Simmonds zwrócił uwagę na pewien zespół objawów sprawy chorobowej, manifestującej się ogólnem osłabieniem chorych, utratą energji, ospałością, zanikiem skóry, funkcji seksualnej i wtórnych cech płciowych, a w okresach końcowych — śpiączką przy objawach wzmagającego się charłactwa. Patogenezę choroby tej upatrywał on w zaniku włóknistym przedniego zrazu przysadki mózgowej, jako następstwo martwicy zatorowego pochodzenia, w zależności od zaczopowania obu tętnic o gałązkach czynnościowo końcowych, zaopatrujących przedni zraz przysadki.

Reye, na zasadzie trzech spostrzeganych przez się przypadków wczesnych okresów charłactwa przysadkowego u kobiet po ciężkich porodach w połączeniu z obfitemi krwotokami, przyjmuje za czynnik patogenetyczny zaniku przedniego zrazu przysadki sprawę skrzeplinową, odbywającą się w zrazie tym po połogu, za czem przemawiałaby większa skłonność do sprawy skrzeplinowej osobników po znaczniejszych utratach krwi, szczególnie ze strony tych narządów, które ulegają zmianom wstecznym. A zmianom takim z pośród innych narządów ulega wszak przedni zraz przysadki położnic, znajdujący się podczas ciąży w stanie znacznego rozrostu. Z drugiej znów strony nie jest wykluczoną możliwość zaniku przedniego zrazu przysadkowego jedynie skutkiem zbyt daleko posuniętych zmian wstecznych. Natomiast nie można się zgodzić z Simmonds'em co do roli czynnika zatorowego u osobników, najczęściej wolnych od jakichkolwiek spraw septycznych, które wszak są najczęstszemi źródłami zatorów, w dodatku trudno sobie wyobrazić zaczopowanie obu naraz tętniczek, zaopatrujących przedni zraz przysadki.

Z pośród innych czynników patogenetycznych omawianej sprawy znane są: rak, gruźlica, przymiot przysadki (Reye, Bianchi, Feit) nowotwory (perithelioma — Harris i Graham, Sarcoma — Soca), chroniczne zapalenie, oraz inne uszkodzenia przysadki (Baduel, Pribram, Salmon).

Sprawę tę dotychczas spostrzegano najczęściej u kobiet po ciężkich porodach w połączeniu ze znaczną utratą krwi.

Z pośród objawów okresów wczesnych tej choroby zwracają uwagę: obrzmiałość oraz suchość skóry, miejscami lśniącej, o barwie białej, lub blado woskowej, przypominającej stan skóry przy przewlekłych zapaleniach nerek, lub przy niedokrwistości złośliwej; wyraz twarzy tępy, bezmyślny, bardziej jeszcze uwydatniający się skutkiem braku brwi i większej części rzęs; utrata owłosienia pach, sromu, kończyn, utrata zębów, wiotkość i mniejsza objętość sutków, zanik zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych, ustanie miesiączkowania, wygaśnięcie lubieżności, monotonność i utrudnienie mowy, obniżenie podstawowej przemiany materji spadek ciśnienia krwi, eozynofilja, ospałość, przechodząca w okresach końcowych w śpiączkę.

Rozpoznanie różniczkowe. Obrzmiałość, obok obniżenia podstawowej przemiany materji, nasunąć może podejrzenie obrzęku śluzakowatego, tarczycowego pochodzenia. Przeciwko obrzękowi temu przemawiać będzie umiejscowienie i rozległość obrzęków, a najgłówniej szkodliwe działanie w tych razach preparatów tarczycowych.

Rokowanie zależeć będzie od okresu sprawy chorobowej, w którym zaczęto stosować odpowiednie zabiegi lecznicze, bowiem tylko najwcześniejsze okresy mogą mieć widoki na pomyślny wpływ interwencji lekarskiej.

Leczenie w tych razach polegać będzie na długotrwałem stosowaniu preparatów z przedniego zrazu przysadki *praephyson'u* w postaci podskórnych injekcji 2 razy dziennie po 1 ccm i doustnego stosowania 3 razy dziennie po 2 tabletki, stopniowo z biegem czasu zmniejszając dawkę; albo na stosowaniu astmolizyny *(pituitrynum+adrenalinum)*, pozatem na stosowaniu środków przeciwko chorobie podstawowej (przymiot, gruźlica). Tego rodzaju leczenie wywiera zarazem wpływ pomyślny na korelacyjne cierpienie innych dokrewnych gruczołów w zależności od choroby przysadki.

Dr. Puterman (Sosnowiec).

———————

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Częstochowskie Tow. Lekarskie.

I. W dniach 4 i 25 września 1926 r. odbyły się nadzwyczajne posiedzenia, na których były omawiane sprawy, związane z Obchodem Jubileuszowym 25-lecia Towarzystwa.

II. Nadzwyczajne posiedzenie w dniu 2. X. 1926 r.

Prezes Warszawskiego Tow. Przeciwgruźliczego i Lek. Naczelny Wydz. Zdr. Magistratu m. Warszawy: Dr. med. W. Bogucki wygłosił referat: *„Organizacja służby zdrowia u nas i zagranicą"*.

Mówca zaznacza, że troska o zdrowie publiczne powinna być najważniejszą kwestją w państwie nowoczesnem, a tem bardziej w Polsce, powstającej z gruzów i popiołów i wyniszczonej 100-letnią niewolą, pożogą wojny światowej i najazdem hord bolszewickich. Niestety w Polsce brak jednolitej polityki sanitarnej i brak należytego pojęcia o ważności zdrowia publicznego tak wśród czynników państwowych, jak i samorządowych (miejskich i wiejskich). Składa się na to z jednej strony ciężkie przesilenie finansowe, które przeżywa Polska, a więc silne ograniczenie kredytów, z drugiej strony bardzo oszczędne wydatkowanie pieniędzy na ochronę zdrowia, gdyż wkłady na ten cel nie dają natychmiastowych wyników.

Następnie mówca porusza kwestję ochrony zdrowia w państwach starożytnych (wodociągi i kanały rzymskie, łaźnie publiczne, dbałość o rozwój fizyczny młodzieży); podkreśla upadek troski o zdrowie publiczne na początku ery chrześcijańskiej i szerzenie się epidemji w Europie w wiekach średnich (dżuma w XIV w., która pochłonęła w Europie 25 miljonów ludzi). Zwrot ku lepszemu w wiekach XVIII i XIX (Komitet zdrowia publicznego w Paryżu i bil o ochronie zdrowia w Anglji); omawia nową falę epidemji po wojnach Napoleońskich i przechodzi do stanu sanitarnego w państwach Europy w chwili obecnej.

Mówca wskazuje świetne wyniki walki z gruźlicą we Włoszech, gdzie każdy mieszkaniec gminy płaci pewien niewielki podatek, specjalnie na ten cel przeznaczony, to też Medjolan, naprzykład, posiada 22 przychodni i sanatorjum na 1100 łóżek, a każdy chory z gruźlicą otwartą jest tam izolowany. Śmiertelność z gruźlicy spadła tam w ostatnich latach z 23 na 11 na 10.000. Omawia dalej troski i wysiłki czynione dla ochrony zdrowia w Anglji i Francji i podkreśla, że nawet małe państwa Europy Zach. osiągnęły bardzo dobre wyniki: Belgja przoduje w walce z chorobami wenerycznemi i podziwienia godną jest harmonja panująca tam pomiędzy lekarzami sanitarnemi i lekarzami zajmującemi się praktyką. Malutka Danja posiada 24.000 łóżek szpitalnych dla gruźlików.

W ostatnich latach pewien zwrot ku lepszemu daje się zauważyć i u nas. Niektóre samorządy miejskie energicznie zabrały się do walki z chorobami zakaźnemi, lub wydatnie popierają powstające T-wa Przeciwgruźlicze: w Warszawie uruchomiono 8 przychodni przeciwgruźliczych i prowadzi się szeroką akcję propagandową co zmniejszyło śmiertelność z gruźlicy do 23 na 10.000 (w 1917 r. śmiertelność ta stanowiła 97 na 10.000).

Wreszcie mówca szczegółowo omawia urządzenia higjeniczne Warszawy, ilustrując swe przemówienie szeregiem ciekawych przeźroczy.

W dyskusji zabierali głos: Dr. Rożkowski w sprawie reglementacji gruźlicy w całym kraju i w sprawie ochrony dzieci. Dr. Wasilewski mówi o wielkiem znaczeniu warunków ekonomicznych, racjonalnego rozwiązania kwestji mieszkaniowej i o sprawie zawierania małżeństw przez gruźlików. Dr. Okuszko zaznacza, że w przychodniach przeciwgruźliczych niesłusznie pomija się leczenie (odma sztuczna, naświetlanie śledziony). Dr. Batawja zapytuje jak się przedstawia finansowo sprawa spalania śmieci w Warszawie.

Mówca zgadzając się z Drami Rożkowskim i Wasilewskim wyjaśnia Drowi Okuszko, że przychodnie mają przeważnie cel zapobiegawczy, a nie leczenie, że jednakże we Francji są dwa typy przychodni: zapobiegawczy i leczniczy. Drowi Batawji odpowiada, że energja cieplna, wytwarzająca się przy spalaniu śmieci zużytkowuje się w Warszawie na ogrzewanie pralni i kamery dezynfekcyjnej.

Dr. Ad. Borkowski, zast .sekretarza.

———————

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Redakcja Polskiego Przeglądu Radjologicznego uprasza Sz. Kolegów autorów prac naukowych z dziedziny roentgenologji i ra-

djologji, ukazujących się w czasopismach lekarskich polskich, o nadsyłanie odbitek z prac tych do Redakcji Polskiego Przeglądu Radjologicznego (Warszawa — Wspólna 3 a) dla ułatwienia Redakcji umieszczania sprawozdań z tych prac w „Przeglądzie".

Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża ogłasza konkurs na napisanie krótkiego podręcznika ilustrowanego o ratownictwie, przeznaczonego do użytku Kół Młodzieży Pol. Czerw. Krzyża. Objętość 5 do 6 arkuszy druku wraz z ilustracjami. Termin składania prac do 20. V. 1927 r. Nagroda za najlepszą pracę wynosi 600 zł. Bliższych wiadomości udziela biuro Zarządu Gł. Pol. Czerw. Krzyża, ul. Smolna l. 6, pawilon 7, od godz. 12 do 3 po poł.

Zarząd Okręgu Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego, obejmujący m. st. Warszawę i Województwo Warszawskie ukonstytuował się na rok 1927 jak następuje: Przewodniczący: Dr. Bronisław Łuczycki, Zastępca Przewodniczącego: Dr. Antoni Turski, Sekretarz: Dr. Zygmunt Perzanowski, Skarbnik: Dr. Bronisław Wojtkiewicz. Członkowie Zarządu: Dr. Zofja Wojnówna, Dr. Gustaw Chodakowski, Dr. Władysław Jarecki, Dr. Józef Skłodowski, Dr. Władysław Staniszewski, Dr. Władysław Niewiński, Dr. Alojzy Korzybski (Mława), Dr. Wincenty Mazurkiewicz (Grójec), Dr. Witold Piasecki (Włocławek), Dr. Władysław Rykowski (Żyrardów), Dr. Jan Szpakowski (Płońsk), Dr. Józef Umiński (Kutno), Dr. Tadeusz Wielobycki (Łowicz), Dr. Władysław Kosmaciński (Płock), Dr. Jan Zaleski (Sierpc).

Środki lecznicze wyrobu krajowego. Zebrane i wydane przez Komisję Przemysłowo-Lekarską przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie. Warszawa 1927. Str. 150. Niezmiernie pożyteczna książeczka obejmuje z górą 1000 preparatów wyrobu krajowego zebranych starannie i opracowanych drobiazgowo. Wzmagająca się z dnia na dzień produkcja leków prostych i złożonych wraz z towarzyszącą jej natarczywą i hałaśliwą reklamą firm zagranicznych nie pozwala dziś lekarzowi na sumienną ocenę istotnej wartości leku. Ulega on często urokowi firmy lub tylko zręcznej propagandzie, będącej na usługach przemysłu zagranicznego. Ignoruje on zazwyczaj wytwórczość krajową, która rozwijając się w nader ciężkich warunkach ekonomicznych, stale dąży naprzód i rzuca na rynek szereg preparatów, pod względem jakości i siły działania nietylko nie ustępujących zagranicznym, lecz częstokroć przewyższających. O tem niestety dotąd lekarze i publiczność mało wiedzą. Szczęśliwą przeto miała myśl Komisja Przemysłowo-Lekarska przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, pragnąc dać lekarzowi do rąk możliwie kompletny przegląd wytwórczości krajowej w formie dogodnej, z uwzględnieniem najniezbędniejszych danych. Każdy środek posiada rubryki następujące: nazwę, firmę, wygląd, wskazania, skład, sposób zastosowania oraz nazwy preparatów zagranicznych, jakie dany preparat zastępuje. Na początku i w końcu książki znajdujemy spis wytwórców środków leczniczych według ilości umieszczonych artykułów. W celu szybszej orjentacji lekarza, wszystkie środki podzielono na 22 grupy według wskazań. Zasadniczo leki ułożone są w porządku alfabetycznym. Należy żywić nadzieję, że pożyteczna ta książka o niezmiernie estetycznym wyglądzie i wzorowem opracowaniu znajdzie się na biurku każdego lekarza, który odtąd zawsze do niej sięgnie, gdy zapragnie stosować jeden z tak licznych już dzisiaj produktów przemysłu krajowego.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 6 kwietnia b. r. odbyło się w sali Krak. Towarzystwa Lekarskiego o godzinie 8,15 wieczorem posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: 1) Doc. Dr. Seńkowski: O synthalinie z punktu widzenia chemicznego. — Dr. Szczeklik: O leczeniu cukrzycy synthaliną. — 2. Prof. Dr. Latkowski, Dr. Dziuba: O włośnicy (trichinosis).

Ubezpieczenie na wypadek śmierci lekarzy należących do Krakowskiej Izby Lekarskiej. W dniu 30 marca 1926. Naczelna Izba Lekarska w Warszawie zatwierdziła w całej rozciągłości statut ubezpieczenia na wypadek śmierci uchwalony na nadzwyczajnem posiedzeniu Rady Krakowskiej Izby Lekarskiej dnia 2 grudnia 1926. Po dokonaniu prac przygotowawczych ubezpieczenie to wejdzie w życie w najbliższych tygodniach.

Lwów.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. XI. posiedzenie odbyło się w piątek dnia 8 kwietnia. Dr. Kuhl przedstawił chorego z olbrzymim wysiękiem osierdziowym, z którego 1500 cm.^{3} upuszczono. Dr. Aleksiewicz przedstawił dziecko z wyleczoną zachowawczo nogą szpotawą wrodzoną. Prof. Nowicki okazał preparaty anat. pat. z przypadku zaczopowania tętnicy płucnej, a dr. Szymonowicz z przypadku wrodzonej wady serca. Prym. Ziembicki wygłosił rzecz p. t.: „Narodziny Eskulapa", opartą na podaniach mitologicznych i historycznych. (Z przeźroczami).

Kursa przeciwjaglicze na Klinice okulistycznej we Lwowie pod kierownictwem Prof. Dr. Bednarskiego z udziałem asystentów Doc. Dr. Reissa i Dr. Naroga. W myśl planowej akcji zwalczania jaglicy, podjętej energicznie przez rząd, odbyły się na Klinice okulistycznej pięciodniowe, bezpłatne kursa przeciwjaglicze w następującym porządku: 1. W styczniu b. r. dla fizyków lwowskich. 2. W lutym dla lwowskich lekarzy miejskich. 3. W lutym i marcu trzy kursa dla oficerów-lekarzy Dowództwa Okręgu Korpusu Nr. 6 z garnizonu lwowskiego i z poza garnizonu lwowskiego. Na każdy z kursów przypadło 8—10 uczestników. Uczestnicy kursów przeciwjaglicznych korzystali również z materjału chorych oddziału ocznego Szpitala powszechnego.

Prymarjuszem Oddziału ocznego Państw. Szpitala powsz. we Lwowie zamianował Tymczasowy Wydział Samorządowy Dr. Albina Musiała w miejsce Profesora Dr. Emanuela Macheka, który został przeniesiony w stan spoczynku.

Poznań.

Dnia 1 kwietnia b. r. odbyło się w Klinice Dermatologicznej U. P. przy ul. Szkolnej o godz. 8,15 Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk z następującym porządkiem obrad: 1. Zagajenie. 2. Demonstracje. 3. Mjr. lek. Dr. Kucharski i Mjr. lek. Dr. Kozłowski: Wpływ wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na czynność wydzielniczą i ruchową przewodu pokarmowego. 4. Dr. Bajoński: Przodujące łożysko. 5. Sprawa Wszechsłowiańskiego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. 6. Sprawa Nowin Lekarskich. 7. Wybór nowych członków. 8. Wolne głosy.

Ze świata.

Prospekty Zakładu kąpielowego „Sopoty". Jeden z czytelników P. G. L. nadesłał redakcji prospekt reklamowy „Zakładu kąpielowego Sopoty", który w ostatnich dniach otrzymał. Prospekt jest pisany ohydną polszczyzną, a raczej żargonem, w którym zamiast „i" — jak na str. 2-giej — „und" znaleźć można. Wyliczenie błędów językowych prospektu byłoby identyczne z przepisaniem go. Zdaje się, że przesłanie podobnego prospektu lekarzom polskim nie tylko zasługuje na napiętnowanie, ale domaga się reakcji choćby za lekceważenie polskiego języka. Szanujący się polski lekarz nie powinien posłać do Sopot ani jednego pacjenta.

Redakcja otrzymała:

Prof. Ant. Heveroch: „O novejsich názorech na centra mozgová". Odbitka z Nr. 9. czasopisma „Casopis lékaru ceskych" z r. 1927.

Wł. Mikułowski: „Ueber die Besredka'sche Tuberkulosereaktion bei Kindern". Odb. z „Schweizerische Medizinische Wochenschrift", Jahrg. 57, 1927. Nr. 6.

Pamiętnik I. Zjazdu lekarzy kolejowych Państwa Polskiego w Warszawie 31. X.—1. XI. 1926.

Prof. K. Mayer: „Pouziti radia kúcelum diagnostickym". Odb. z „Casopisu lekaru ceskych", cis. 26. r. 1926.

Tenże: „Rayons X. et radium dans les recherches qui concernent les empoisonnements". Odb. z „Les comptes rendus des séances de la Société de Biologie". Tome XCIV page 1208.

P. Gilis: „Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme. Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

A. C. Guillaume: „Les radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique". Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

Société des nations. Annuaire sanitaire international 1925, Rapports sur les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène publique en vingt et un pays. Genève 1926.

Office international d'hygiène publique. „Convention sanitaire internationale, signée à Paris le 21 juin 1926". Extrait du tome XVIII du Bulletin mensuel, fascicule II (novembre 1926).

R. Spira: „O nerwicach zwrotnych pochodzenia nosowego". Odb. z Nr. 11 „Warszawskiego Czasopisma lekarskiego" z r. 1927.

„Nadzieja" Tow. ku wspieraniu chorej młodzieży żydowskiej szkół średnich i wyższych w Krakowie. Sprawozdanie jubileuszowe za lata 1906—1926.